Rok LIII. Kraków, dnia 25 kwietnia 1914 Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Moczówka prosta w świetle najnowszych badań

podał

Zygmunt Dziembowski jun. z Poznania.

Moczówka prosta polega, jak wiemy, na oddawaniu wielkiej ilości moczu, który ma bardzo tylko mały ciężar gatunkowy (1004—1001). Nie zawiera on przytem ani cukru ani białka, a ilość części stałych w nim zawartych, wydzielonych przez 24 godzin, jest czasem tylko nieco mniejsza, niż u zdrowego człowieka, zwykle zaś taka sama Przytem mają chorzy na moczówkę prostą bardzo wielkie pragnienie.

Badania w tej chorobie stwierdziły już od dawna, że nie może być tu wcale mowy o sprawie chorobowej jednolitej. Okazało się bowiem, że moczówka prosta zachodzi nietylko samoistnie, ale także przy najróżnorodniejszych zachorzeniach, n. p. w chorobach układu nerwowego czyto ze zmianami anatomicznemi, czy też czynnościowych, w kile i w bardzo wielu innych przypadkach, których na razie poszczególnie wyliczać nie mam zamiaru.

Przy badaniach nad moczówką prostą chodziło dawniej głównie o to, czy objawem pierwotnym jest pragnienie, czy też nadmierne oddawanie moczu. To też już Gerhardt twierdził, że rozróżniać trzeba dwie kategorye moczówki: jedną, która polega na nerwicy, wywołującej nadmierne picie wody i oddawanie wskutek tego wielkiej ilości moczu, i drugą, w której chorzy oddają a priori wielkie ilości moczu, a u których pragnienie jest tylko objawem wtórorzędnym. Tallquist, który dalsze badania nad tą sprawą przeprowadzał, stwierdził fakt bardzo doniosły, że moczówka prosta swoista, a więc nie zasadzająca się na nadmiernem piciu, nie polega, jak sądzono dawniej, na zwiększonej czynności nerek, ale przeciwnie na zmniejszonej ich sprawności. Wykazał on bowiem, że w moczówce, wywołanej nadmiernem pragnieniem i piciem, nerki wydzielają mocz poprostu rozrzedzony, natomiast w moczówce prostej swoistej nerki nie są zdolne wydzielać moczu w zwykłem zgęszczeniu. E. Meyer, który podjął myśl Tallquista, udowodnił to jego zdanie eksperymentalnie. Gdy bowiem podawał choremu na moczówkę prostą prawdziwą 10 gr. soli oprócz zwykłego pożywienia, to zauważył, że chory nie oddawał moczu więcej zgęszczonego, niż przed próbą, jak człowiek zdrowy albo chory na moczówkę z pragnienia Przeciwnie mocz jego był również zgęszczony, jak przed próbą, a punkt zamarzania pozostawał także niezmieniony.

Zapomocą tej metody Mayera odróżniali późniejsi badacze, jak H. Strauss, F. Seiler, Winkelmann, Engel i Bräuning, prawdziwą moczówkę prostą, a więc swoistą, od moczówki, polegającej na pierwotnem nadmiernem piciu wody i płynów. Tymczasem dalsze badania wykazały, że metoda ta nie jest wystarczająca. Minkowski stwierdził bowiem, że oddawanie zgęszczonego moczu po podaniu 10 gr. soli kuchennej występuje tylko w pierwszych 2 - 4 godzinach po zażyciu, a po 24 godzinach się wyrównuje. Na to przedtem nie zważano i to wiodło oczywiście do błędnych wyników. Co więcej, ten sam autor wykazał, że nerki, które są może niezdolne wydzielać po zażyciu soli kuchennej moczu, zgęszczonego solą kuchenną, mogą zupełnie prawidłowo wydzielać mocz, w którym silniej zgęszczone będą inne sole, jak fosforany, azotany albo mocznik. Stwierdzono także w toku dalszych badań, że zachodzi u chorych na moczówkę prostą tak zwane wyrównujące zgęszczenie wydzielnicze. To znaczy, że n. p. po podaniu choremu 10 gr. soli kuchennej zgęszczenie tej soli w moczu się wzmaga. Ponieważ jednakowoż ogólne zgęszczenie przytem się nie zwiększa, przeto inne sole, które powinny były być wydzielone przez mocz, pozostaną we krwi. Gdybyśmy odwrotnie podali choremu inną sól, to zatrzymałaby się w ustroju sól kuchenna.

Wobec powyższych spostrzeżeń metodę E. Meyera zmodyfikowano, a badanie nowoczesne dla rozróżnienia moczówki prostej od wrzekomej (Bräuning, Minkowski, Strauss, Rosendorf i Unna) przedstawia się w sposób następujący:

Najpierw trzeba przygotować chorego do takiej próby, ograniczając przez dni kilka przed próbą sól i białko w pokarmie. Następnie podaje się choremu oprócz dotychczasowego dokładnie określonego pokarmu, 10 gr. soli kuchennej rozpuszczonej w $^1/_2$ ltr. wody lub mleka i bada się w jak najkrótszych odstępach czasu, co u tych chorych właśnie nie sprawia trudności, poszczególne porcye oddanego moczu. Przytem baczyć trzeba, na co zwrócili uwagę Forschbach i Weber, żeby ustrój chorego zawierał stale równą ilość wody. W tym celu podaje się choremu po każdem oddaniu moczu taką samą ilość wody do wypicia, jaką wydał ze siebie z moczem. Następnie bada się poszczególne porcye moczu co do zgęszczenia ogólnego, odsetkowej ilości soli

kuchennej i wysokości punktu zamarzania moczu. Jak wiadomo, u ludzi zdrowych spostrzegamy przy takiej próbie w pierwszych 2—4 godzinach zwiększenie ogólnego zgęszczenia moczu, odsetkowego zgęszczenia soli kuchennej i obniżenie punktu zamarzania. W moczówce prostej wrzekomej spostrzegamy wyraźne, a czasem nawet znaczne zwiększenie odsetkowego zgęszczenia soli kuchennej i te same zmiany co do punktu zamarzania. Natomiast bardzo tylko nieznaczne zwiększenie odsetkowe soli kuchennej, albo niezmieniona ilość tej soli wydzielonej przemawia już wprost za prawdziwą moczówką prostą. Badanie to solą kuchenną samą nie jest atoli wystarczające, gdyż nie uwzględnia ono wcale bardzo ważnego sprawdzianu, jakim jest badanie koncentracyi wyrównującej czyli względnej poszczególnych soli, o której już powyżej wspominałem. Dlatego też należy dla dokładności powtórzyć takie same próby, jak z solą kuchenną, stosując naprzemian naprzód dawkę fosforanów, następnie azotanów, a nakoniec mocznika.

Przy wszystkich tych próbach zachować trzeba jeszcze pewne ostrożności. I tak zwracają uwagę E. Meyer, Engel, Lacroix i Weil jun., że podwyższenie ciepłoty może mieć wpływ na zgęszczenie moczu. Dalej mają wpływ na czynność nerek spokój, względnie ruch. To też zaleca się, żeby chorzy w czasie takich badań leżeli w łóżku.

Oprócz powyższych badań stosowano w celu rozpoznania poszczególnych przypadków moczówki prostej metodę, która była pierwotnie sposobem leczniczym, a polegającą na zmniejszeniu ilości wody, którą chorym wypić pozwalano. Sądzono, że po zastosowaniu tej metody w moczówce prostej wrzekomej ilość moczu się zmniejszy, a zgęszczenie jego się zwiększy, w moczówce zaś swoistej ilość moczu także się zmniejszy, zgęszczenie przeciwnie pozostanie to samo. Tymczasem okazało się, że sprawa ta nie jest tak prostą, jak przypuszczano. Stwierdzono bowiem, że chorzy na moczówkę wrzekomą oddawali zwykle po zmniejszeniu ilości płynów, które przedtem wypijali, tak samo dalej mocz nie zgęszczony. Objaw ten polegał, co stwierdził Minkowski, na zdolności ustroju zatrzymywania przez pewien czas większej ilości pobranej wody i powolnego jej wydzielania. Ponieważ próba ta sama przez się nie wiodła do celu, przeto sądzono, że, gdyby się okazało, iż po ograniczeniu płynów zgęszczenie moczu jest niezmienione, a miało się rozpoznać prawdziwą moczówkę prostą, to trzeba wykazać, że krew jest więcej zgęszczona. Jak się zaraz przekonamy, metoda ta ma bardzo tylko małe znaczenie rozpoznawcze i jest wogóle niepewna. Zważyć bowiem trzeba, że wogóle jest sprawą bardzo trudną stwierdzić zwiększenie zgęszczenia krwi, gdyż zjawisko takie, któreby burzyło przecież równowagę osmotyczną, musiałoby się natychmiast wyrównać przez to, że ciecz z narządów napływałaby obficie do naczyń krwionośnych. Autorzy, którzy obstawali przy tej metodzie, sądzili, że można stwierdzić zgęszczenie krwi przez to, iż u chorych, badanych przez usunięcie płynów z pokarmu, wystąpią przecież jako wyraz zgęszczenia krwi objawy mocznicy. Tymczasem zdaniem mojem bezwarunkowo nie wolno tych prób na chorych tak daleko doprowadzać, żeby aż przez zgęszczenie krwi wywoływać mocznicę. Zresztą objawy takie, gdyby nawet wystąpiły, niczegoby nie dowodziły, ponieważ u osób nerwowych, chorych na moczówkę prostą wrzekomą, usunięcie płynów wywołuje czasem objawy, które mogą być zupełnie podobne do mocznicy. Jak widzimy, nie nadaje się więc ta metoda wcale do celów rozpoznawczych. Natomiast bardzo ważnem jest zbadanie moczu co do fermentów amylolitycznych i proteolitycznych, których w moczówce prostej swoistej nie znajdowano wcale, albo tylko w bardzo małej ilości.

Przeglądając literaturę z lat ostatnich, dochodzimy do przekonania, że przeważna część autorów dzieli na mocy powyższych doświadczeń i prób przypadki z objawami moczówki prostej nie na dwie, jak dawniej, lecz raczej na trzy kategorye. Do pierwszej z nich zaliczają te przypadki, w których zachodzi pierwotnie zwiększone pragnienie, a więc chorych, u których wskutek wrodzonych, albo też dopiero później nabytych zaburzeń nerwowych, pewne nerwy, wywołujące pragnienie — jeżeli wogóle o nerwach z taką specyalną czynnością mówić można — stały się nadmiernie wrażliwe. Do drugiej kategoryi zaliczają te przypadki, w których stwierdzono objawy moczówki prostej przy zachorzeniach organicznych, a w szczególności przy chorobach układu nerwowego ośrodkowego ze zmianami anatomicznemi, Trzecią kategoryę stanowią przypadki, które zasługują w ściślejszem znaczeniu na nazwę: prawdziwa, swoista moczówka prosta, w których zatem nie spotykamy powikłania żadną zmianą chorobową ani czynnościową, ani organiczną. Nie potrzebuję zapewne podnosić, że w przypadkach pierwszej kategoryi nie znajdujemy wcale osłabienia czynności nerek. Natomiast stwierdzić je możemy zawsze u chorych trzeciej kategoryi. W przypadkach drugiej kategoryi znajdujemy takie zmiany często, ale nie zawsze. Zwracam atoli uwagę na to, że zachodzą pod tym względem rozmaite kombinacye i przypadki tak zwane przejściowe. Najczęściej zdarza się, że z pierwotnego nadmiaru pragnienia powstaje prawdziwa moczówka prosta. Dzieje się to dlatego, że, jak wykazał Ebstein, wskutek nieczynności zanika z czasem zdolność nerek wydzielania zgęszczonego moczu.

Przechodzę z kolei do analizy poszczególnych przypadków tych kategoryi. Do pierwszej należą przedewszystkiem te, w których już wywiady przemawiają za tem, że chodzi o pierwotnie zwiększone pragnienie. Jak wiadomo, bywa histerya bardzo często powodem tego objawu. To samo zdarza się przy skłonności neuropatycznej i w innych zaburzeniach psychicznych. Dzieje się to dlatego, że chorzy przywykają do picia nadmiernych ilości wody i stąd też równomiernie pochodzi oddawanie wielkich ilości mało zgęszczonego moczu. Wiemy także, iż nietylko urazy psychiczne, jak n. p. przestrach, ale i urazy cielesne mogą wywołać nadmierne pragnienie. Picie wielkich ilości wody wskutek podrażnienia psychicznego spostrzegamy bardzo często. Działa to, jak twierdzą chorzy, uspokajająco. Podoficerowie zalecają n. p. rekrutom obfite picie wody przed ćwiczeniami w strzelaniu do tarczy. To samo zalecał mi kiedyś stary borowy przed polowaniem. Ponieważ neuropatycy do wszystkiego bardzo łatwo przywykają, przeto częściej u nich właśnie spotykamy zwiększone pragnienie i picie z przyzwyczajenia. Spostrzegamy to samo u osobników depresyjno-manicznych i katatonicznych. Na zapytanie, dlaczego tyle piją, odpowiadają nam ci chorzy zwykle, że popycha ich do tego jakaś siła, której się oprzeć nie mogą. Wogóle jest ten stan bardzo podobny do morfinizmu. To też jest bardzo zrozumiałem, że niektórzy autorzy, jak Rie-

ger i Reichardt, określali ten rodzaj moczówki jako chorobę umysłową. Bardzo znamienny przypadek tego rodzaju opisuje Bach. Nadmierne pragnienie (chory wypijał 10—25 litr. dziennie) wystąpiło wskutek operacyi usznej, po której objawiła się suchość w ustach i utrata czucia po prawej stronie języka. Ponieważ siła wydzielnicza nerek była prawidłowa, przeto zaliczyć trzeba ten przypadek do moczówki prostej wrzekomej, a więc do pierwszej kategoryi.

Przypadki tego rodzaju zdarzają się nieraz po zabiegach leczniczych, n. p. po leczeniu przeciwko nadmiernej otyłości. Minkowski opisał taki, niezmiernie charakterystyczny przypadek. Chora, która odbyła leczenie odtłuszczające, roztyła się znów po pewnym czasie. W mniemaniu, że picie wody, które jej przy owem leczeniu zalecono, było głównym czynnikiem odtłuszczającym, zaczęła na własną rękę pić wielkie ilości wody. To nadmierne picie przeszło u niej w przyzwyczajenie, z którego ją dopiero znów trzeba było leczyć.

Wiadomo, że czasem nawet u małych dzieci zdarzają się objawy moczówki prostej bez osłabienia sprawności nerek dla wydzielania zgęszczonego moczu. Sądzą, że u takich jednostek nerwy dla pragnienia muszą być już nieraz od urodzenia bardzo wrażliwe, a zatem chore. Gdyby to zdanie miało być rzeczywiście słuszne, to musielibyśmy znaleść u takich chorych, oprócz tego błędu, wywołującego moczówkę z pragnienia, inne jeszcze błędy wrodzone. Otóż przeglądając literaturę pod tym względem, doszedłem do przekonania, że w przeważnej liczbie takich przypadków moczówki prostej, spowodowanej nadmiernem piciem, a występującej już od urodzenia, błąd ten wrodzony nie jest odosobniony. Meyer bowiem, Gross, Strauss, Weber, Mosler-Klamann, Dickinson i Lebmann spostrzegali taką moczówkę właśnie u dzieci z oznakami zwyrodnienia. Dzieci te nie dorównywały swym rówieśnikom ani fizycznie, ani umysłowo. Niedostateczny rozwój umysłowy spostrzegał Ehrmann w przypadkach rodzinnej moczówki u trojga dzieci, u których rodzice zauważyli nadmierne picie już od najmłodszego wieku. Oprócz tego zwracam uwagę na to, że właśnie u osobników męzkich z moczówką prostą wrzekomą wrodzoną spostrzegano nadmierną otyłość, brak zarostu i kształty kobiece, a co więcej, niedostateczny rozwój narządów płciowych i moczowych.

Nie trzeba jednakowoż zapominać o tem, że nie wolno nam wszystkich przypadków moczówki prostej wrodzonej zaliczać do pierwszej kategoryi. Przeciwnie trzeba sobie uprzytomnić, że zdarzają się przypadki tej choroby wrodzonej, które z góry już uważać trzeba za należące do drugiej, względnie do trzeciej kategoryi, albo też za postacie przejściowe. Za taką właśnie postać przejściową trzeba uważać przypadek, który opisali Rosendorf i Unna, a w którym po urazie wystąpił infantylizm w połączeniu z prawdziwą moczówką prostą. Trzeba sobie ten przypadek w ten sposób tłomaczyć, iż uraz wywołał pierwotnie nadmierne pragnienie i oddawanie moczu bardzo mało zgęszczonego, wskutek czego znów w dalszym ciągu wytworzyła się, na co zwracał już Ebstein uwagę, niedomoga nerek wydzielnicza dla moczu zgęszczonego wskutek nieczynności pod tym względem.

Drugą kategoryę moczówki prostej stanowią te przypadki, które są powikłane innem jeszcze zachorzeniem. W pierwszym rzędzie wymieniam tutaj choroby ośrodkowego układu nerwowego. W ostatnim bowiem czasie zebrano spostrzeżenia, które wskazują na pewien związek przyczynowy pomiędzy zmianami w pewnych częściach mózgu a moczówką prostą. Mam na myśli naturalnie przysadkę mózgową, na którą uwagę lekarzy zwrócił głównie E. Frank.

Już od dłuższego czasu było wiadomo, że zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego mają wpływ na powstanie moczówki. Kahler n. p stwierdził, że nadmierne wydzielanie moczu występuje zwykle wskutek nowotworów w tylnej jamie czaszki. Przeciwko tym zapatrywaniom Kahlera przemawiały atoli doświadczenia na zwierzętach. Okazało się bowiem, że ukłucie dna IV komory w środku pomiędzy jądrem nerwu słuchowego i błędnego wywołuje cukrzycę. Jeżeli się zaś ukłuje części, leżące więcej ku przodowi, to powstaje wprawdzie moczówka, ale zawsze połączona z białkomoczem. Przytem nie trzeba zapominać, że moczówka po tem ukłuciu nie trwa długo, a nerki zwierząt, na których podejmowano doświadczenia, są nadal zdolne wydzielać mocz w zwykłem zgęszczeniu. To też o wiele więcej przemawiają na korzyść teoryi, że zmiany w przysadce są powodem moczówki prostej, spostrzeżenia Krusego, który w 34 przypadkach obuskroniowego niedowidzenia połowiczego, który to objaw jest dla zachorzeń przysadki mózgowej znamienny, 7 razy stwierdził moczówkę prostą. Spanbock i Steinhaus widzieli to samo 11 razy na 50 przypadków. To też już dawniej przypuszczano, że na dnie III komory znajduje się ośrodek, którego uszkodzenie wywołuje moczówkę. W przypadkach takich wykonano w nowszych czasach sekcye, które wyświetliły całą sprawę. Oppenheim n. p. znalazł dwa razy kilaki w okolicy przysadki mózgowej, a Finkelnburg guz o budowie torbielowatej na dnie III komory. Przypominam, że w akromegali i spotykamy często moczówkę prostą i że to samo widzieli Erdheim-Götzel, Bartels i inni autorzy w przeroście tłuszczowo-płciowym, przyczem znaleźli później przy obdukcyi guzy, wywierające ucisk na przysadkę mózgową. W przypadku E. Meyera oprócz powyższych objawów spostrzeżono nagłe wypadanie włosów w okolicy narządów płciowych, niezdolność pocenia się i charakterystyczny objaw obuskroniowego niedowidzenia połowiczego w połączeniu z moczówką. Klisza rentgenowska wykazywała w tym przypadku zmiany w okolicy przysadki mózgowej.

Wszystkie powyższe przypadki dowodzą, że jest możliwem, iż wydzielanie wewnętrzne gruczołów oddziałuje przyczynowo na wytwarzanie się moczówki prostej i że narządem, który w ten sposób działa, jest przysadka mózgowa. Zastanowić się należy z kolei nad pytaniem, która część przysadki w ten sposób działa. Wiemy z anatomii, że przysadka składa się z trzech części. E. Frank przypisuje główną czynność części środkowej. Za tem twierdzeniem przemawia, jak to zobaczymy, bardzo wiele faktów. Już dawniej stwierdzili Markus i Schäfer, że wstrzyknięcie dożylne wyciągu tylnego płatu przysadki wywołuje u zwierząt moczówkę. Dalsze badania wykazały, że tak samo, jak to wstrzyknięcie, działa przeszczepienie przysadki, a nawet podawanie jej wewnętrzne. O wiele żywsze jeszcze zajęcie obudziły badania, które wykazały, że mechaniczne lub termiczne podrażnienie tylnego płatu przysadki wywołało moczówkę, która trwała przez dni kilka. Jak wiadomo z embryologii, pochodzi tylny płat przysadki z lejka, składa

się zatem z tkanki łącznej i gleju. Dziwnem się też wydawało badaczom, żeby narząd, tylko z takich tkanek złożony, miał posiadać znaczenie fizyologiczne tak doniosłe. Płat przedni składa się natomiast z pasm komórkowych, pomiędzy któremi znajdujemy tkankę łączną z licznemi naczyniami włoskowatemi. Budowa części środkowej przysadki jest znów inna. Komórki są tu zgromadzone w wysepkach, które tak samo, jak spotykane tu torbielki (folliculi), leżą naokoło dawnej jamy zarodkowej, która u dorosłego człowieka przedstawia się już tylko jako szpara. Pomiędzy tymi wysepkami i torbielkami widzimy znów tkankę łączną z naczyniami, które przychodzą z tylnego płatu. Przytem stwierdził Herring substancyę koloidalną we wnętrzu torbielków. Autor ten utrzymuje, że widział, jak owa substancya torbielków przechodzi do tkanki łącznej, skąd się przedostaje do tylnego płatu przysadki. E. Frank, który się sprawą działania przysadki na wytworzenie moczówki prostej specyalnie zajmował, twierdzi, że tylko część jej środkowa ma wpływ na wydzielanie moczu.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc o kolce śluzowej, wspomnieliśmy o objawach, które wskazują, że równocześnie istnieje skurcz zwieracza odbytu. Skurcz tego rodzaju pojawiać się może zupełnie samodzielnie. Widywałem go zwłaszcza u dziewcząt na krótki czas przed wystąpieniem miesiączkowania. Przydarza się on zapewne dość często w tych warunkach, jakkolwiek słyszymy o nim rzadko. Na możliwość jego należy zwracać uwagę matek czy opiekunek w tych przypadkach, w których na podstawie stanu ogólnego dziewczątek w wieku 10—14 lat wnosić można, że istnieje usposobienie wagotoniczne.

Może nie tak różnorodne, ale niemniej częste nerwice autonomiczne spotykamy w zakresie narządu krążenia. Mechanizm ich zrozumieć nietrudno przy znajomości wpływów, jakie na serce wywiera nerw błędny. Nazywamy je, ogólnie rzecz biorąc, wpływami hamującymi. Ażeby je pojąć dokładniej, trzeba mieć przed oczyma składowe fazy skurczu serca, a więc najpierw fazę powstawania automatycznej podniety, dalej narastania jej stopniowego aż do granicy, na której leży wrażliwość mięśnia sercowego, jeszcze dalej fazę przewodzenia, a wreszcie czwartą i ostatnią, sam skurcz serca, posuwający się kolejno od ujść żylnych, względnie od węzła Keith-Flacka przez przedsionki ku komorom. We wszystkich tych okresach zaznacza się wpływ nerwu błędnego. Powiemy więc, używając nazw wprowadzonych przez Engelmanna, że w grę wchodzi tu działanie chronotropijne, czyli działanie na rytm powstawania podniet, batmotropijne, czyli wpływ na okresową, rytmiczną pobudliwość, dromotropijne albo działanie na zdolność przewodzenia podniety, wreszcie działanie na stopień kurczliwości mięśnia sercowego, czyli wpływ inotropijny. Serce, które się znajduje pod panowaniem podrażnienia autonomicznego, uderza rzadziej, teoretycznie rzecz biorąc — z trzech powodów naraz. Najpierw dlatego, że podniety gromadzą się w węzłach zatokowych wolniej, dalej dlatego, że pobudliwość mięśnia jest mniejsza, a więc trzeba więcej czasu, aby się nagromadziła dostateczna ilość energii czynnej i dosięgła wysokości, potrzebnej do wywołania stanu czynnego, zresztą i czas t. zw. niewrażliwości, (refraktäre Fase) — jest dłuższy; trzecia wreszcie przyczyna leży w tem, że przewodzenie podniety jest powolniejsze. Poza tem trzeba się jeszcze liczyć ze słabszymi skurczami.

Jakkolwiek skutki podrażnienia nerwu błędnego pojmujemy jako jedną całość, to jednak, zwłaszcza w klinice, uwzględnić trzeba możliwość pewnego stopniowania pojedynczych wpływów, w szczególności zaś wpływów, od których zależy częstość skurczów z jednej, a wpływów na siłę skurczu z drugiej strony.

Niemniej od poprzednich ważnem następstwem podrażnienia autonomicznego jest uznane powszechnie działanie wzniecających je podniet na stan naczyń wieńcowych serca, zdolność wywoływania zwężenia tych naczyń. Od tego zależy może nawet, przynajmniej w pewnej części, cały dalszy mechanizm działania wpływów autonomicznych. Wszak chodzi tu wprost o dostarczanie materyałów odżywczych dla mięśnia sercowego, a w dalszym ciągu o niemniej ważne usuwanie z krwią żylną materyałów zużytych.

Nie trudno pojąć, że u osób, odznaczających się większą pobudliwością autonomiczną, cały układ krążenia mniej jest sprawny i wytrzymały. Są to ludzie pod względem fizycznym mniej wartościowi. Taka hipotonia nie należy wogóle do rzeczy rzadkich. U młodych osób spotkać się z nią



Ryc. 7.

można częściej, aniżeli powszechnie sądzimy. Chodzi tylko o stopień. Tam, gdzie nie jest wysoki, chorzy nie doznają wyraźnych przypadłości. O radę lekarską zgłaszają się dopiero wtedy, jeśli pojawiają się znaczniejsze dolegliwości, które już wprost przeszkadzają w pracy. Dla przykładu posłużyć tu może następujące spostrzeżenie.



Ryc. 8.

Józef S., lat 18, wyznania rzymsk.-kat., czeladnik bednarski z Kroacyi, przyjęty na oddział 1. grudnia 1913 r. (Zob. ryc. 7).

Wywiady. Chory zgłosił się o poradę w ambulatoryum szpitalnem z tego powodu, że doznaje w ostatnich czasach bardzo często uczucia bólu i ściskania pod mostkiem. Ból rozprzestrzenia się na klatkę piersiową i na kończynę górną lewą. Towarzyszy mu uczucie dławienia i lęku. Napady tego rodzaju, trwające po kilka lub po kilkanaście minut, przydarzają się zarówno przy pracy, jak i wśród spokoju, n. p. w nocy. Ciekawe jest podanie chorego, że opisane uczucia powstają niekiedy także pod wpływem kilku głębokich bardzo oddechów. Poza tem dowiadujemy się, że po jedzeniu zjawiają się niemal stale zgaga, odbijanie kwaśne, bardzo często dławienie w gardle i czkawka. Stolec oddaje chory najmniej 2—3 razy dziennie, od czasu do czasu zjawia się wprost rozwolnienie, które wszakże nie sprawia żadnych niemiłych uczuć. Często występuje parcie na mocz i chory oddawać go musi najmniej 10 do 12 razy na dzień. Poza tem istnieje znaczna wrażliwość naczynioruchowa i skłonność do potów. Przy pracy nuży się chory łatwo i podaje, że zabiera się do niej niechętnie, że dopiero przezwyciężać się musi, aby pracować. Nazywa to lenistwem i ubolewa nad niem. Z innych szczegółów zasługuje na uwagę ziębnięcie nóg i rąk oraz częste polucye. Stosunków płciowych ani samogwałtu chory miał nie uprawiać.

Badanie stwierdza: Wzrost zaledwo średni, budowa kośćca raczej wątła. Na czaszce znać wyraźne zgrubienia w linii szwów. Twarz niezupełnie umiarowa, czoło w tył podane, kość policzkowa po stronie lewej wystaje o wiele silniej, aniżeli po stronie prawej. Wargi grube, sinawe, język drży, błona śluzowa gardła soczysta, nieco sinawa, naczynia porozszerzane. Odruch gardłowy niezmiernie słaby. Szyja miernie długa, gruczoł tarczowy niewidoczny, daje się jednak wymacać wyraźnie i okazuje znaczną zbitość. Klatka piersiowa płaska, z szerokiemi międzyżebrzami. Przy zwyczajnem oddychaniu dostrzedz można od czasu do czasu nasilone, głębokie wdechy. Na zapytanie podaje chory, że musi tak czasem odetchnąć, bo mu brakuje powietrza, jeśli tylko zwyczajnie oddycha. Przez badanie fizyczne nie można w płucach wykryć żadnych zmian.

Uderzenie serca rozlane, dość silne, uderzenie końca w V międzyżebrzu, na wewnątrz od linii sutkowej. Stłumienie bezwzględne na przestrzeni cokolwiek mniejszej, aniżeliby się spodziewać należało ze względu na wiek chorego. Tony serca czyste. Nad żyłami szyjnemi buczenie. Tętnice sprychowe wiotkie, tętno o zmiennej fali, miękkie, rytm tętna, a wraz z tem i liczba jego nader zmienne. Liczono po 54—88 uderzeń na minutę. Parcie krwi, obliczone według zdjęć przyrządem v. Recklinghausena w m/m Hg, wynosiło: średnie 89, rozkurczowe 66, skurczowe 111 m/m Hg. Na obrazach sfigmograficznych tętnic ocenić można nader łatwo słabe jego napięcie po znacznem odchyleniu przez falę wsteczną. Objaw Aschnera bardzo wyraźny, fale tętna mają cechy tętna wagotonicznego. Po zaprzestaniu ucisku nabrało tętno cech dwubitności. (Zob. ryc. 8).

Brzuch płaski. W narządach jamy brzusznej żadnych zmian stwierdzić nie można.

W zakresie odruchów znaleziono bardzo znaczną wrażliwość naczynioruchową skóry i wybitną wagotoniczną odruchowość mięśniową, polegającą na tworzeniu się po uderzeniu młotkiem opukowym znacznych wałów mięśniowych. Wał taki widać na rycinie bardzo wyraźnie w mięśniu dwugłowym ramienia prawego i drugi, mniejszy, pod obojczykiem lewym.

W czasie badania pocił się chory, a z pod pach spływał pot obfitemi kroplami.

Badanie treści żołądkowej po śniadaniu próbnem, oraz badanie kału nie stwierdziło żadnych nieprawidłowości.

Skład krwi: ciałek czerwonych 3,950.000, Hgl. 68%, ciałek białych 7,400. Stosunek odsetkowy leukocytów; neutrochłonnych 52·6%, limfocytów 28·6%, wielkich jednojądrzastych 5·5%, przejściowych 8·3%, eozynochłonnych 5%.

Po 0·005 gm pilokarpiny obfite poty, ślinotok — w przeciągu najwyżej pół godziny wypluł chory co najmniej 150 ctm^3 śliny — dławienie w gardle i nudności, uczucie niepokoju pod mostkiem, a przytem uczucie wyczerpania tak znaczne, że, jak chory o sobie podawał, nie mógł się zdobyć na to, aby poruszyć się w łóżku.

Po nadnerczynie, zastosowanej w ilości 0·001 gm pod skórę nie pojawiły się nawet najmniejsze ślady cukru.

W spostrzeżeniu tem mamy przykład niesprawności ustrojowej, z jaką nietrudno spotkać się lekarzom fabrycznym i wogóle lekarzom, którzy mają sposobność badać młodzież robotniczą. Jeśli taki młodociany robotnik odznacza się znaczną ambicyą, przemaga się i pracuje mimo tego, że czuje niezwykły trud pracy, wtedy występuje na jaw zupełnie wyraźnie wpływ układu nerwu błędnego na narząd krążenia. W naszym przypadku zaznaczał się on w pierwszym rzędzie zwiotczeniem tętnic, przez co nastawała pewna ulga dla serca. Ale równocześnie z tem uwydatniało się także naczynioruchowe działanie na tętnice wieńcowe serca. Następstwem jego były napady, o których chory wspomina w wywiadach, a które ze stanowiska klinicznej dyagnostyki poczytywać musimy za lżejszą postać dusznicy bolesnej, pochodzenia naczynioruchowego, nerwowego.



Ryc. 9.

Napięcie autonomiczne objawia się u innych osób w odmienny także sposób, wywołuje niemiarowość ruchów serca bądźto

z typową bradykardyą, bądź też bez niej. Z przykładami takiej autonomicznej arytmii u wagotoników spotkać się łatwo zwłaszcza wtedy, gdy istnieją zaburzenia żołądkowe i jelitowe, wywołane błędami dyetetycznymi. Z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć tu trzeba, że przy pewnych zaburzeniach w trawieniu powstają w znaczniejszej ilości połączenia białkowe o skłonnościach autonomotropicznych, które, trafiając na stale istniejące większe napięcie (tonus) nerwowe w zakresie nerwu błędnego, drażnią poszczególne jego gałązki i wzniecają objawy, które już dawniej uważano za wyraz t. zw. zwrotnej nerwicy. Nerwicę uznajemy i dzisiaj, tylko że nieco inaczej tłomaczymy sobie mechanizm jej powstawania. Przy tem nowem tłomaczeniu uwydatnia się powinowactwo między tego rodzaju nerwicami, a stanami, które noszą znamiona samozatrucia. W tym samym duchu pojmować trzeba niezwykłe zwolnienie tętna, które spotykamy w przebiegu pewnych chorób zakaźnych. Niekiedy jest ono tak znaczne, że wprost zastanowić się nad niem trzeba. Przykład będzie może najlepszem objaśnieniem, a sam przypadek, który do tego posłuży, jest tem ciekawszy, że bradykardya powstała u trzynastoletniego chłopca w okresie zdrowienia po włóknikowem zapaleniu płuc.

Osmat H., wyzn. muzułmańskiego, uczeń, przyjęty na oddział 31 marca 1913 r.

Wywiady. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami silnym dreszczem, gorączką, kłuciem w klatce piersiowej.

Badanie stwierdziło zupełnie klasyczne krupowe zapalenie środkowego i dolnego płatu płuca prawego. W nocy z 3. na 4. kwietnia przesilenie choroby wśród bardzo obfitych potów i spadku ciepłoty ciała. Przy rannem badaniu znaleziono niezwykłe zwolnienie tętna, liczba jego wahała się przy kilkakrotnych liczeniach między 40 a 48; od czasu do czasu zjawiała się niemiarowość tętna (ryc. 9). Obrazy sfigmograficzne, zdejmowane kilkakrotnie, przypominają wcale dokładnie zmiany rytmu tętna, jakie bardzo często spotykamy u wagotoników, okazujących objaw Aschnera. Badanie serca nie dawało ani przy pierwszem, ani przy następnych badaniach żadnych podstaw dla rozpoznawania zapalenia mięśnia sercowego, przydarzającego się jako następstwo zakażenia. Bradykardya trwała do 10 kwietnia, poczem ustąpiła zupełnie. — Atropina wywierała wyraźny wpływ na częstość tętna, po myśli spostrzeżeń Dehio'a. Zmiany zapalne w płucach ustąpiły nader rychło. Przed wypuszczeniem chorego ze szpitala wykonano doświadczenie z pilokarpiną i przekonano sie, że już po 0,05 gm leku powstają typowe objawy pilokarpinizmu, jakby stan ten nazwać można, unikając w ten sposób dłuższego opisu zjawisk.

W dniu 18. kwietnia, kiedy chory opuszczał oddział, wynosiła liczba tętna 88, parcie krwi średnie 92 m/m Hg, rozkurczowe 52 m/m Hg, skurczowe 120 m/m Hg. Na krzywych tętna przekonać się było można, że jest zupełnie prawidłowe.

Z całego przebiegu wynika, że tło dla bradykardyi z arytmią było bezsprzecznie nerwowe. Że się tak dzieje w przebiegu chorób zakaźnych, o tem trzeba zawsze pamiętać, ale równocześnie trzeba myśleć także o możliwości zakaźnego zapalenia serca. Z rozstrzygnięciem nie wolno się nigdy spieszyć i lepiej myśleć zawsze raczej o gorszej sprawie. W ten sposób nie przyniesiemy szkody choremu. Tasama zasada obowiązywać powinna w przypadkach wszystkich napadów dusznicy bolesnej. Obraz jej w postaci czysto naczynioruchowej nie różni się co do samych objawów od obrazu, jaki spotykamy w napadach, gdzie tłem są zmiany anatomiczne w tętnicach wieńcowych serca lub około ich ujścia, jak to się zdarza w toku kiłowego stwardnienia aorty. Z ciężkim napadem stenokardyi czynnościowej spotkałem się niedawno u młodego człowieka, u którego wyszły później na jaw cechujące znamiona wagotonii.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Alelekow. **Nowy sposób określania rzeczywistych rozmiarów serca drogą rentgenologiczną.** (Russkij Wracz Nr 5, 1914). Sposób, opisany przez autora, jest bardzo prosty, a polega na pomiarach cieniów serca na ekranie lub płytce fotograficznej, umieszczanych tuż za plecami badanego w warunkach dwu różnych odległości antykatody od ekranu lub płytki. Niezbędnem jest przytem, by odległości te stały do siebie w stosunku ściśle 1:2 i by pomiary lub fotografowanie odbywało się przy jednakowej fazie oddechowej badanego. Poszukiwany rozmiar serca określa się wtedy z równania: $x = \frac{l.\ l'}{2\ l'l}$, w którem x oznacza rozmiar serca, l pierwszy pomiar cienia serca, l' drugi jego pomiar przy odległości antykatody od ekranu lub płytki fotograficznej o dwa razy mniejszej. Formułę powyższą autor wyjaśnia odpowiedniemi obliczeniami geometrycznemi.

Z. Gilewicz

Wermel. **O właściwościach krwi, względnie surowicy po zadziałaniu promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. Nr 6, 1914). W. na zasadzie swych doświadczeń doszedł do przekonania, że krew wypuszczona po naświetlaniach, posiada pewną energię rentgenowską, która objawia się t. zw. fotoczynnością (Aktivität), a energię tę zachowuje krew nawet i 3 tygodnie po naświetlaniu. Z pomocą takiej naświetlonej surowicy można wywołać typowe zmiany w innej krwi, odczyn skórny, odczyn w gruczołach powiększonych i t. p., tak że może znajdzie ona zastosowanie lecznicze. K.

Bauer i M. Bauer-Jokl. **Badania nad krzepliwością krwi ze szczególnem uwzględnieniem nagminnego wola.** (Zft. f. kl. Med. 79, 1—2). Krzepliwość krwi badano metodą Fulda; okazała się ona przy wolach zawsze zwolnioną, przyczem nieraz we krwi znajdowano limfocytozę (mononukleozę), ew. eozynofilię. Po wycięciu wola i grasicy zwykle poprawia się ta wada krzepliwości. Podawanie tyreoidyny często wpływa korzystnie na przyspieszenie krzepnięcia, co zwłaszcza przy krwawiączce powinno znaleść zastosowanie. Zwolnienie krzepnięcia krwi spostrzega się też nieraz przy cierpieniach nerek, wątroby, niedokrwistościach i neuropatyach. K.

Magnus i Kleijn. **Dalszy przypadek tonicznych odruchów szyjnych u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 46). Swego czasu u zwierząt, pozbawionych mózgu, wykazali autorowie charakterystyczne odruchy w kończynach przy ruchach głową i szyją. Obecnie opisują przypadek podobnych odruchów u człowieka. Przypadek ów dotyczy dziecka 9-letniego, porażonego i ślepego, nie oddziałującego na żadne podniety. Otóż u dziecka tego przy obracaniu głowy w stronę lewą zjawiały się kurcze mm. szyjnych po stronie lewej, a zwolnienie napięcia mięśni po stronie prawej, a przy skręcaniu głowy w stronę prawą gra mięśni była odwrotna; zupełnie podobnie do odruchów, jakie autorzy wywoływali doświadczalnie u zwierząt. K.

Gulat-Wellenburg. **Wybitny przypadek przeżuwania u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 46).

Dotychczas przypuszczano, że w przypadkach przeżuwania u ludzi musi istnieć zawsze rozszerzenie przełyku lub żołądek klepsydrowaty; promienie Röntgena udowodniły jednak, że przeżuwanie odbywać się może i u ludzi z zupełnie prawidłowym żołądkiem i często u ludzi tych występuje ono nie stale, lecz czasowo, ew. może być siłą woli wstrzymane. Z czasem rozwija się zwykle dopiero następowo rozszerzenie przełyku. Taki przypadek badał autor promieniami Röntgena. Dotyczył on 63-letniego, zresztą zdrowego człowieka, który produkował się w Monachium połykaniem i oddawaniem żywych żab i ryb. Badanie wykazało zupełnie prawidłowy przełyk i żołądek, z wyjątkiem znacznie zwiększonej ruchomości ścian i braku wydzielania w żołądku. Człowiek ów przeżuwał już od dzieciństwa i twierdzi, że uważa przeżuwanie za zupełnie naturalne, a pokarmy smakują mu przy przeżuciu tak, jak z talerza. Syn i wnuk tego człowieka również przeżuwają pokarmy.

K.

Palmulli. **Patogeneza wrzodu żołądka.** (La Riforma medica Nr 46, 1913) Niektórzy badacze przyjmowali za przyczynę powstawania wrzodu żołądka zaburzenia w krążeniu tego narządu, i tak Hayem zakrzep, Virchow zator, Rokitansky zastój żylny. Według P. żadne z tych przypuszczeń nie jest uzasadnione, a to z powodu stosunków anatomicznych układu tętniczego żołądka. Mianowicie dowóz krwi następuje przez tętnicę trzewną (arteria coeliaca) zapomocą wszystkich 3 gałęzi, t. j. tętnicy śledzionowej, wątrobowej i lewej t. wieńcowej żołądka. Tętnice te łączą się, przechodząc niejako w siebie i oddają odgałęzienia w głąb ściany żołądka, wytwarzające kilka delikatnych łączących się ze sobą splotów, z których ostatni otacza same cewki gruczołowe i podchodzi tuż pod na błonek. Wskutek tego trudno przypuścić, żeby jakaś przeszkoda w krążeniu mogła wywołać poważniejsze następstwa. Zniesienie krążenia na pewnem ściśle ograniczonem miejscu błony śluzowej żołądka mogłoby tylko wtedy nastąpić, gdyby równocześnie światło całego szeregu naczyń włosowatych, odżywiających to miejsce, uległo naraz zaczopowaniu, przyczem zatory musiałyby być ułożone kolisto. Oczywiście trudno przyjąć taki zbieg okoliczności. Zauważyć nadto należy, że w przebiegu chorób, które dość często wiodą do nadżerek błony śluzowej żołądka, jak przewlekłe nieżyty żołądka, choroby serca, choroby zakaźne, choroby nerek i t. d., tylko wyjątkowo spostrzega się wrzód okrągły. Wzmożenie kwaśności żołądkowej w niektórych z tych cierpień również nie tłómaczy powstania wrzodu, gdyż są znane przypadki wrzodów trawiennych bez równoczesnego zwiększenia się kwaśności żołądkowej. Nie wytrzymuje krytyki także i twierdzenie Virchowa, że wrzód trawienny zawdzięcza swe powstanie zaburzeniom krążenia w obrębie większych pni tętniczych, zaopatrujących żołądek; wykazanie tej przyczyny byłoby bardzo łatwe, tego rodzaju zaburzenia występują jednak tylko wyjątkowo równocześnie z wrzodem okrągłym. Owrzodzenia, wywoływane u zwierząt doświadczalnie, czy to drogą zatoru, czy przez podwiązanie naczyń żołądkowych, są powierzchowne, szybko się zabliźniają i mają odrębne cechy histologiczne; również i klinika uczy, że wrzód występuje tylko nadzwyczaj rzadko w przebiegu chorób wywołujących zator lub zakrzep (wady serca, choroby zakaźne i in). Przeciw zastojowi żylnemu, jako przyczynie wrzodu żołądka, przemawia fakt, że w przebiegu marskości wątroby o typie Laenneca nigdy nie spotyka się typowego wrzodu okrągłego. Wywody niektórych autorów, że cierpienie to powstaje wskutek nadmiernej kwaśności i sokotoku żołądkowego, nie mogą się utrzymać, gdyż w takim razie musielibyśmy w każdym przypadku wzmożonej kwaśności żołądkowej spotykać wrzody okrągłe, co nie odpowiada rzeczywistości. Wynika to również i ze statystyki Ewalda, według której z osób mających wrzód trawienny u 34% jest kwaśność nadmierna, u 56% prawidłowa, u 10% zmniejszona. Również twierdzenie Eichhorsta, że przyczyną wrzodu jest alkohol, wywołując już to przewlekły nieżyt żołądka, już to zmiany miażdżycowe w obrębie jego tętnic, już to zastój żylny w następstwie marskości zanikowej wątroby, już to wreszcie zmiany miejscowe w błonie śluzowej żołądka — nie jest uzasadnione. Jeżeliby bowiem sam nieżyt mógł wywołać powstanie wrzodu trawiennego, to w takim razie spotykalibyśmy równocześnie nie jeden lub nawet kilka wrzodów, lecz ubytki, zajmujące większe przestrzenie wewnętrznej powierzchni żołądka; nadto spotykamy wiele osób z przewlekłym nieżytem, jednak bez wrzodu. Powtóre doświadczenia wykazały, że przewlekłe zatrucie wyskokiem nie wiedzie do miażdżycy, a nawet, jeżeliby tak było i jeżeliby miażdżyca miała być przyczyną wrzodu, natenczas powinnibyśmy go spotykać przedewszystkiem u osób starszych, tymczasem jest on cierpieniem przeważnie wieku młodszego. Przeciw zastojowi żylnemu, jako przyczynie, przemawia już powyżej przytoczony fakt, że typowy wrzód okrągły występuje tylko wyjątkowo w przebiegu marskości zanikowej wątroby. Nie można także przyjąć miejscowego działania alkoholu na błonę śluzową żołądka, gdyż naprzód działanie takie musiałoby się rozciągać na większą część powierzchni żołądka, powtóre zaś wiemy już, że także miejscowe uszkodzenia błony śluzowej żołądka wiodą tylko do szybko zabliźniających się nadżerek, nigdy zaś nie wiodą do typowej postaci wrzodu trawiennego. Początek nowego kierunku przy szukaniu przyczyny wrzodu okrągłego dały doświadczenia Dalla Vedovy, który znajdował zmiany wsteczne w nerwie błędnym, trzewnym i splocie trzewnym (plexus solaris), albo wycinając ich kawałki, albo wstrzykując do ich pni alkohol absolutny; tak splot trzewny, jak i wspomniane dwa nerwy zaopatrują żołądek. Przy uszkodzeniu nerwu błędnego tylko wyjątkowo miewał Vedova wynik dodatni, uszkadzając zaś n. trzewny i splot trzewny otrzymywał w 50—60% wyniki dodatnie, t. zn. owrzodzenia błony śluzowej, niekiedy wprost łudząco podobne do klasycznego wrzodu trawiennego u człowieka. T. powtórzył dla kontroli 24 doświadczeń Dalla Vedovy. U wszystkich zwierząt znaleziono przy sekcyi zmiany błony śluzowej żołądka w postaci wybroczyn i powierzchownych ubytków, nadto u pewnej liczby zwierząt, i to tak u tych, gdzie P. uszkadzał nerw błędny, jak i u tych, u których uszkadzał nerw trzewny, względnie splot trzewny, otrzymał owrzodzenia, mające wszelkie cechy wrzodu okrągłego. Że wyniki te, otrzymane doświadczalnie u zwierząt, można przenieść także i do patologii ludzkiej, czyli, że należy przyjąć nerwowe pochodzenie wrzodu w następstwie zmian wstecznych w nerwach błędnych, względnie trzewnych, dowodzi także i analogia z »mal perforant du pied«, które jest również zaburzeniem troficznem i ma wiele wspólnych cech histologicznych z wrzodem trawiennym. Największe zaś poparcie dają temu twierdzeniu co do nerwowego pochodzenia wrzodu przypadki (II. klinika chirurg. wiedeńska), w których przy sposobności obustronnego przecięcia nerwów błędnych w celu usunięcia wiądowych przełomów żołądkowych, stwierdzano bardzo często podczas operacyi obecność wrzodu okrągłego, lub też blizn po nim, a w wyciętych kawałkach nerwu błędnego zmiany wsteczne. Dlaczego jednak zmiany w tych nerwach niezawsze wiodą do wrzodu trawiennego? Tłómaczą to stosunki anatomiczne unerwienia ścian żołądka. Wszystkie włókna nerwowe, dochodzące do żołądka, wytwarzają, bez względu na pochodzenie, wspólne dwa sploty, jeden w obrębie warstwy mięsnej, drugi w błonie podśluzowej. Wskutek tego, gdy pewna ilość włókienek nerwowych, zaopatrujących dany obszar ściany żołądka, ulegnie zniszczeniu względnie uszkodzeniu, mogą sąsiednie włókienka nerwowe zastępczo zabezpieczać odżywienie zagrożonej części błony śluzowej. Zapatrywanie co do wpływu wspomnianych nerwów na powstawanie wrzodu trawiennego należy zapewne rozszerzyć na wszystkie nerwy i wszystkie odpowiadające im ośrodki, które panują czy to nad trofizmem, czy nad krążeniem, czy też nad ruchami żołądka; nadto należy przy-

jąć, że wsteczne zmiany rozmaitych części układu nerwowego ośrodkowego mogą prowadzić do powstawania wrzodu, za czem przemawiają doświadczenia, wykonane na zwierzętach. Przyczyną schorzenia ośrodków troficznych żołądka, względnie nerwów łączących je z żołądkiem, mają być według P. zatrucia natury wewnętrznej lub zewnętrznej, czyli chodzi tu o neurotoksyczne pochodzenie wrzodu. Przypuszczenie to znajduje poparcie w obserwacyi klinicznej, albowiem prawie we wszystkich przypadkach tego cierpienia spotykamy już to trwające, już to przebyte zatrucie, względnie zakażenie w postaci chorób zakaźnych, dny, alkoholizmu, ołowicy, blednicy i i. Na odpowiedź czekają jeszcze dwa pytania: Dlaczego wrzód żołądka pojawia się przeważnie w młodszym wieku i dlaczego te same czynniki toksyczne niezawsze wiodą do wrzodu? P. przyjmuje dla wytłómaczenia drugiej części tego pytania wrodzoną niedomogę ośrodków troficznych żołądka. Gdy dany osobnik zbliża się do okresu pokwitania, natenczas czynności żołądka, podobnie jak i innych narządów, mają zwiększone zadanie, tak, że jego mechanizm ośrodkowy ledwie im może podołać. Jeżeli tedy teraz dołączy się jakiś czynnik trujący, jeszcze bardziej obniżający sprawność tych ośrodków, natenczas sok żołądkowy, zwłaszcza zawierający nadmiar wolnego HCl, może wywierać niszczący wpływ właśnie na te miejsca błony śluzowej żołądka, których trofizm niedomaga. Przypadki zaś, gdzie wrzód występuje dopiero w późniejszym wieku, tłómaczy P. tą okolicznością, że stopień niedomogi wrodzonej ośrodków troficznych żołądka może być rozmaity, następnie różnem nasileniem i różną długością czasu działania tych czynników toksycznych, albowiem rozmaite osoby albo wcale nie, albo dopiero później zaczynają podlegać wpływowi alkoholu, nikotyny i t. d. Co się tyczy tych czynników, które uchodziły dotychczas za główne i bezpośrednie przyczyny wrzodu trawiennego, jak zator lub zakrzep siatki naczyniowej żołądka, zastój w obrębie żyły wrotnej, nadżerki błony śluzowej, nadmierna kwasność soku żołądkowego i wreszcie wagotonia (wskutek której miało występować w ograniczonych przestrzeniach błony śluzowej niedokrwienie, a w następstwie upośledzenie odżywienia i wreszcie wrzód), to mają one znaczenie czynników drugorzędnych. Dr T. T.

Pedyatrya.

M e i s e n b a c h: **Nowa teorya o przyczynie porażeń dziecięcych.** (Kuracisto 1914 Nr 1). Autor zauważył, że równocześnie z epidemiami porażeń dziecięcych występowały u zwierząt schorzenia, podobne do zapalenia opon mózgowych o nieznanej przyczynie, nazwane po angielsku »Limber Neck« (giętki kark). Z kur, padłych na tę chorobę, zebrał M. poczwarki (larwy) much i roztarłszy w glicerynie, podawał je małpom, morskim świnkom, oraz zdrowym kurom. W ten sposób udawało mu się wywołać ostre objawy poraźne różnego stopnia w przeciągu 10—48 godzin. Oprócz tego pojawiały się nieżyt nosa, łzawienie, utrata łaknienia, podniesienie ciepłoty, zamglenie oczu i utrata głosu. Śmierć poprzedzały u tych zwierząt porażenia i ciepłota niższa od prawidłowej. Zwierzęta, które dostały małą ilość larw, wyzdrowiały. Tesame doświadczenia udawały się na psach. Autor nie uważa much za bezpośrednią przyczynę choroby, lecz uważa je za przenośniki choroby z człowieka na zwierzęta i ze zwierzęcia na zwierzę. Doświadczenia te prowadzi M. dalej. Dr Blasberg.

Prof. M ü l l e r: **O niedokrwistości i rzekomej niedokrwistości w wieku dziecięcym i o ich leczeniu.** (Z. für ärztl. Forb. Nr 3, 1914). Krew i jej czynność należy rozpatrywać z punktu widzenia fizyczno-chemicznego. Najważniejszem zadaniem krwi jest przenoszenie tlenu z płuc do tkanek, oddawanie tlenu tkankom i powrotne przenoszenie bezwodnika kwasu węglowego do płuc. Hemoglobina czerwonych ciałek krwi wypełnia to zadanie. Dla należytego wypełnienia tego zadania jest konieczna przedewszystkiem dostateczna wymiana gazów w płucach, następnie dostateczna działalność pompy sercowej, dostateczna ilość krążącej krwi, a z nią czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, i zdolność hemoglobiny do przyjmowania dostatecznej ilości tlenu. Tę zdolność hemoglobiny nazywamy pojemnością tlenową (Sauerstoffkapazität). Dzisiaj umiemy wszystkie te czynniki dokładnie wymierzyć. Z tych czynników najważniejszym jest ilość krwi, którą serce w przeciągu jednej minuty oddaje naczyniom i ilość krwi, którą serce oddaje tętnicy głównej przy każdym skurczu lewej komórki. Pierwszą ilość nazywamy objętością minutową (Minutenvolumen), drugą ilość nazywamy objętością skurczu serca (Herzschlagvolumen). Między 6—11. rokiem życia pierwsza ilość $= 3184$ cm^3, t. j. 133·5 cm^3 na kilogram; druga ilość 39·0 cm^3; obieg krwi trwa 30·4 sekund. Ilość krwi w ustroju wynosi $^1/_{15}$ wagi ciała, ilość hemoglobiny 0·8 g. na 100 g. wagi ciała. W prawidłowych warunkach cała ilość krwi nasyca się tlenem w płucach; 30% tlenu zostaje oddanych komórkom w naczyniach włosowatych, a 70% powraca do płuc. Niedostateczna ilość hemoglobiny zostaje wyrównana przez powiększenie ilości krwi w ustroju i dziecko takie nie jest niedokrwistem pomimo, że odsetkowe określenie hemoglobiny może wykazywać jej zmniejszenie. Przy wrodzonych wadach serca sam ustrój zapobiega powstawaniu niedokrwistości przez powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi do 7 lub 8 milionów, a z tem i ilości hemoglobiny. Zdaniem M. ilość tlenu w czerwonych ciałkach krwi nie jest stałą. Zużywanie i zapotrzebowanie tlenu reguluje krążenie. Powołanie zapasów sił wyrównawczych serca nie zależy od rodzaju choroby, lecz od stopnia zubożenia w tlen; w grę tu wchodzi powiększenie się objętości minutowej. Czem lepiej komórki zużytkowują tlen z krwi, tem objętość minutowa będzie mniejszą i naodwrót. Siła życiowa komórek ma tutaj doniosłe znaczenie. Osłabione komórki zużytkowują wogóle tlen gorzej, niż zdrowe. Objętość minutowa nie jest objętością stałą, lecz stosuje się ona do zapotrzebowania. U człowieka n. p. fizycznie pracującego objętość minutowa zwiększa się, a zwiększenie to znajduje wyraz kliniczny w przyspieszonem tętnie, w przyspieszeniu uderzeń serca. Człowiek pracujący fizycznie oddycha forsownie, starając się przez obfite przekrwienie płuc więcej tlenu przysporzyć ustrojowi. Czynności te nie pozostają bez wpływu na ustrój, gdyż w pierwszym rzędzie pociągają za sobą rozszerzenie lewej komórki. To są główne źródła, dzięki którym ustrój podołać może wzmożonym zapotrzebowaniom tlenu. Krew nie jest »narządem« w tem znaczeniu, jak n. p. wątroba, szpik kostny, ani też żadną »tkanką płynną«, jak ją niektórzy nazywają. Nie posiada ona własności wszystkich istotnych narządów i tkanek, mianowicie — zdolności pomnażania swoich komórek. Zadaniem krwi jest pośredniczyć pomiędzy narządami; to co zabiera z jednych narządów, to przenosi do drugich, sama dla siebie nic nie biorąc, starając się utrzymać niezmiennie tak swój skład chemiczny, jak i fizyczny. Najgłówniejszem zadaniem krwi jest zabrać tlen z płuc i wydzielić przez płuca bezwodnik kwasu węglowego. Z jelit roznosi krew do wszystkich tkanek materyał odżywczy, pośredniczy w wymianie wytworów gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, n. p. adrenaliny, tyreoidyny. W ustroju nic się zdarzyć nie może bez współudziału krwi. Dzisiaj utrwaliło się przekonanie, że wszystkie postacie niedokrwistości u dzieci są pochodzenia wtórnego, dlatego dzielimy je tylko na niedokrwistości wtórne i na stany rzekomej niedokrwistości. Niedokrwistości wtórne bywają niedokrwistościami »konsumpcyjnemi«, mającemi swoje źródło w nadmiernem zużywaniu krwi, i niedokrwistościami »hypoplastycznemi«, zależnemi od niedostatecznego tworzenia się krwi. Wyniki obydwu tych stanów są jednakowe: niewystarczająca ilość tlenu dla spraw spalania w ustroju. Są i takie postacie niedokrwistości, w których obydwa te stany wchodzą w grę; mówimy wtedy o niedokrwistości zupełnej. Jak rozpoznać klinicznie, czy mamy przed sobą niedokrwistość prawdziwą, czy też rzekomą? Bladość błon śluzowych przy odsetkowem zmniejszeniu ilości hemoglobiny świadczy

o niedokrwistości, spowodowanej zmiejszeniem się ilości hemoglobiny; jeżeli ilość hemoglobiny jest prawidłowa, a błony śluzowe przytem blade, to przemawia to za zmniejszeniem się ilości krwi. Hemoglobinę najlepiej określać metodą Sahliego. Prawidłowo ilość hemoglobiny u zdrowego dziecka, określona tym sposobem, waha się między 65—75%. Ponieważ zawartość hemoglobiny nigdy nie jest stałą, więc obniżenia jej nawet do 60% nie należy uważać jeszcze za stan chorobowy. Przyczyny niedokrwistości wtórnych u dzieci są bardzo różne, jak n. p. plamica krwotoczna, czarna choroba noworodków, choroba Basedowa, tasiemce, krwotoki, wogóle te choroby, które pociągają za sobą utratę krwi, dalej choroby zakaźne, jak gruźlica, przymiot wrodzony, grypa i t. d. Toksyny bakteryjne, krążące we krwi, działają hamująco na narządy krwiotwórcze. Jakość odżywiania nie pozostaje bez wpływu na niedokrwistość. Przekarmianie mlekiem, zawierającem mało żelaza, jest kardynalnym błędem w tych przypadkach. Niektóre jednak dzieci mogą spożywać bardzo obficie mleko bez nastąpienia niedokrwistości; przy powstawaniu więc niedokrwistości w grę wchodzi także wrodzona do niej skłonność. Pomiędzy niedokrwistością i skazą wysiękową również istnieje związek. Skaza ta objawia się skłonnością błon śluzowych do nieżytów tak w drogach oddechowych, jak i w narządach trawienia i moczowo-płciowych. Również stoją niedokrwistości w związku i z innemi skazami, jak limfatyczne. Czy krzywica stoi w związku z niedokrwistością, trudno dzisiaj orzec. Zmiany we krwi przy niedokrwistościach wtórnych są nieznaczne. Ilość czerwonych ciałek krwi bywa nieznacznie zmniejszona, natomiast ilość białych ciałek znacznie wzmożona. Znajdujemy często młode ciałka krwi, czy to w postaci czerwonych ciałek krwi z jądrami, czy to w postaci myelocytów i innych młodych postaci ciałek białych, jako wyraz odczynu narządów krwiotwórczych, które w ten sposób starają się niejako uzupełnić brak roznośników tlenu. Zawartość hemoglobiny obniża się do 40% lub 50%. Wyrazem podrażnienia narządów krwiotwórczych jest niedokrwistość śledzionowa (anaemia splenica pseudoleucaemica). Głównym jej objawem jest obrzęk śledziony, która może dosięgnąć znacznych rozmiarów. Przyczyną tej choroby bywa w niektórych przypadkach przymiot wrodzony, a występuje ona w końcu pierwszego lub w początkach drugiego roku życia. Niedokrwistość przy żadnej innej chorobie nie występuje tak jaskrawo, jak przy błednicy, której powstanie niektórzy objaśniają nieprawidłową działalnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, szczególniej jajników. Badanie krwi przy tej chorobie wykazuje obniżenie odsetkowej zawartości hemoglobiny, przyczem ilość czerwonych ciałek krwi jest nieznacznie zmniejszona. Ilość krwi przy błednicy jest znacznie zwiększona, jako wyraz czynności wyrównawczej ustroju celem zrównoważenia niedostatku hemoglobiny. Błednica jest niedokrwistością hipoplastyczną, rozwijającą się na tle niedostatecznego tworzenia się krwi.

Niedokrwistościami rzekomemi w wieku dziecięcym nazywamy takie stany, w których stan krwi nie przemawia za niedokrwistością, jedynie cera dziecka za nią przemawia. Rzekome niedokrwistości dzielimy na trzy grupy. Pierwsza grupa obejmuje dzieci neuropatyczne, kiedy równowaga między wpływem n. współczulnego i n. błędnego jest naruszona i kiedy przewaga jest po stronie n. współczulnego. Wtedy występuje zwężenie naczyń, dłużej lub krócej trwające, a wraz z niem i bladość skóry, szczególniej twarzy. Ta postać niedokrwistości zdarza się w rodzinach neuropatycznych i bladość ta jest rodzinną. Druga grupa obejmuje dzieci z nieprawidłowem rozmieszczeniem krwi w ustroju, co się zdarza przy chorobach narządów wewnętrznych n. p. jelit, wątroby, kiedy do nich następuje większy przypływ krwi, a natomiast zmniejsza się zawartość krwi w skórze. Trzecia grupa obejmuje te dzieci, których skóra odznacza się zmniejszoną przejrzystością, n. p. często u brunetów, dzieci limfatycznych, u dzieci ze słabo rozwiniętą siatką naczyń skórnych włosowatych. Niedokrwistość u dzieci szkolnych występuje na tle neuropatycznem, ale również zależy ona od siedzącego życia dzieci, które pociąga za sobą nieregularność stolca, a wraz z tem nieregularne rozmieszczenie krwi w ustroju. U dzieci proletaryatu niedokrwistości są wywołane nieprawidłowem odżywianiem się, niehigienicznemi mieszkaniami. Ponieważ niedokrwistość w wieku dziecięcym jest zjawiskiem wtórnem, więc leczenie powinno być skierowane przeciw tym chorobom, na tle których niedokrwistość występuje. Dlatego też n. p. niedokrwistość śledzionową, występującą na tle przymiotu, leczyć będziemy wstrzykiwaniami neosalwarsanu z dobrym wynikiem. W błednicy dobre wyniki daje żelazo, kombinowane z leczeniem napotnem i zastosowaniem spokoju.

Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXVII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 13. (26) grudnia 1913 r.

Obecnych członków 20, gości 5. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki. Prezes podaje wiadomość o śmierci członka »Związku«, Dr med. Pawła Konarzewskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Adam Huszcza: **O wpływie wzmożonego ciśnienia atmosferycznego na skład krwi.** Na wstępie zaznaczył mówca, że co do wpływu wzmożonego ciśnienia atmosferycznego na skład krwi wykonano dotąd bardzo mało badań, tak, że sprawa ta w najnowszych obszernych dziełach, poświęconych hematologii, jest pomijana milczeniem. Brak to rażący w nauce o krwi, tembardziej, że sprawa działania na krew obniżonego ciśnienia barometrycznego (n. p. w klimacie wysokogórskim) była i jest studyowana przez bardzo licznych badaczy, a zestawienie otrzymanych w tym względzie wyników można znaleźć we wszystkich podręcznikach hematologii. Tymczasem rzeczą jest niewątpliwą, że należyte wyświetlenie działania, jakie wywiera na krew wysokie ciśnienie atmosferyczne, miałoby nietylko wartość ogólno-biologiczną, ale może też mieć niemałe znaczenie praktyczne dla wyjaśnienia wpływów szkodliwych na ustrój t. zw. chorób kesonowych. Przytoczywszy pokrótce dotychczasowe dane w tej sprawie, istniejące w piśmiennictwie (prace Świąteckiego, Sulikowskiego i Bornsteina), a dowodzące powstawania niedokrwistości u zwierząt, poddawanych działaniu wysokiego ciśnienia atmosferycznego, mówca nadmienił też i o wynikach badań nad zachowaniem się krwi pod działaniem tlenu (Sellier, Rignard — u zwierząt, a Koranyi, Beme — u ludzi), jak również i o wynikach spostrzeżeń hematologicznych, dokonanych u robotników kesonowych (Świątecki, Heller, Meyer i Schrötter, Sołowcowa). Chociaż wszystkie niemal te prace wskazywały dość zgodnie na anemizujący wpływ wzmożonego ciśnienia powietrza, lub też samego tlenu, jednakże i niewielka ilość tych badań i drobne dość ich rozmiary, a często nieściśle i niezupełne opracowanie, nie są wystarczające dla rozstrzygnięcia tak ważnego zagadnienia biologicznego. Toteż 2 lata temu podjął mówca przy budowie mostu Pałacowego cały szereg badań na królikach w celu wyjaśnienia tej sprawy. Badania te, tyczące się różnych właściwości krwi, przeprowadzone na znacznym materyale, stanowią przedmiot rozprawy doktorskiej prelegenta i doprowadzają do wniosku, że we krwi zwierząt pod wpływem wzmożonego ciśnienia rozwijają się niewątpliwie zmiany, właściwe niedokrwistości, t. j. zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, tudzież i tlenochwytności (O_2-Capacität) z częstem występowaniem leukocytozy. Nie poprzestając na tych badaniach,

ukończonych na wiosnę r. b., mówca wykonał jeszcze kilka doświadczeń w końcu lata, które złożyły się na odczyt niniejszy. W tych doświadczeniach chodziło o wyjaśnienie następujących pytań: 1) Jak zachowuje się krew w atmosferze wzmożonego ciśnienia przed przejściem zwierzęcia do atmosfery prawidłowej, i 2) jakie jest działanie wysokiego ciśnienia na krew »in vitro«. W tym celu mówca umieszczał króliki w kamerze doświadczalnej pod ciśnieniem 19 do 27 funt. (1,3—1,8 atm) na przeciąg 10 dni i badał je co parę dni wewnątrz owej kamery. Szczegółowe wyniki tych badań, przedstawione wykreślnie, potwierdzają raz jeszcze fakt niedokrwistości, rozwijającej się już podczas pobytu w ściśnionem powietrzu. Przytem ilość hemoglobiny utrzymuje się cały czas na poziomie blizkim prawidłowego, linia zaś tlenochwytności krwi zaczyna się obniżać wcześniej, niż spadek krzywej krwinek czerwonych. Leukocytozy, spostrzeganej przez mówcę dawniej często po wyjściu zwierzęcia z atmosfery zgęszczonego powietrza, tu pod ciśnieniem wzmożonem — ani razu nie zauważono Badania krwi królików, zmieszanej z płynem Hagena i umieszczonej na 10 dni pod ciśnieniem 2·3 atm., nie wykazały ani hemolizy, ani niszczącego działania ciśnienia na krwinki czerwone, których ilość w przeciągu tego czasu nie uległa zmianie. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Stanisław Ostrowski: Podkreślam ciekawy odczyt prelegenta i również ciekawe otrzymane wyniki. Prelegent przeprowadził pracę, którą może tylko ocenić ten, kto wogóle pracował w dziedzinie hematologii. Uważam za bardzo ważny fakt ustaloną przez prelegenta niedokrwistość pod wpływem wzmożonego ciśnienia (nawiasem mówiąc, jestem przeciwny wyrazowi »anemizacya«; takiego wyrazu w piśmiennictwie polskiem nie spotykałem; mamy własne określenie: niedokrwistość). Co się tyczy niedokrwistości, to prelegent, mojem zdaniem, nie uwydatnił nasilenia tej sprawy, a mianowicie tylko we wnioskach prelegent wspomina o anizocytozie, poikilocytozie, których nie napotykał; w odczycie o tem nie było wzmianki. Nie wspomina również prelegent o ciałkach jądrzastych, ewentualnie erytroblastach, które występują, jak to dowiodłem w swoich licznych badaniach nad krwią chorych niemowląt, w stanach niedokrwistości. Co się tyczy leukocytozy, to prelegent nie daje liczbowego przedstawienia tego stanu, nie wspomina dalej o rodzajach ciałek białych, o myeloblastach resp. myelocytach. W sprawie obniżenia tlenochwytnej zdolności uważam również to zjawisko za celowe, znajdując analogię w hyperglobulii i zwiększeniu zawartości Hb pod wpływem zmniejszonego ciśnienia w klimacie górskim, które to zjawisko uważa się za celowe, znamionujące głodzenie tlenowe. Dodać jeszcze muszę, że jako wskazówka uszkodzenia krwi na pierwszym planie stoi przejście do krwi ciałek czerwonych niedojrzałych, resp. jądrzastych; anizocytoza i poikilocytoza odgrywa tutaj podrzędną rolę, a niektórzy hematolodzy zupełnie ją odrzucają, uważając za t. zw. »artefakt«, objaw sztuczny.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Adam Wojnicz: **O wodzie w Łucku (na Wołyniu).** Po przytoczeniu szeregu danych geograficznych co do planu miasta, jego położenia, prelegent zwrócił główną uwagę na to, w jaki sposób miasto zasila się wodą i jaką ma wodę pod względem zdrowotnym. Z odczytu wynika, że jakość wody pod względem chemicznym i bakteryologicznym pozostawia bardzo dużo do życzenia; mieszkańcy przeważnie korzystają z wody rzecznej, która jednak jest bardzo zanieczyszczona, a nawet w niektórych miejscach zabroniono używać tej wody do picia. Prócz wody rzecznej są studnie artezyjskie, bardzo głębokie, ale z zawartością żelaza, przytem studnie te należą do osób prywatnych. Prelegent przytoczył w końcu cenne dane historyczne. Szereg widoków fotograficznych uzupełnił odczyt.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie i prosi o powtórzenie historycznej części na jednem z ogólnych posiedzeń.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż został wysłany telegram w dniu 50-letniego jubileuszu Towarzystwa farmaceutycznego w Kijowie. 2) Przełożona II. Ochronki zwróciła się do »Związku« z prośbą, czyby »Związek« nie wziął na siebie utrzymania dwóch dziewczynek. Przyjęto do wiadomości i uchwalono wnieść tę sprawę na posiedzeniu Rady. 3) Otrzymano dokument rejentalny w sprawie stypendyum im. Ptaszyckich; wskutek odpowiednich starań ministeryum skarbu zwolniło »Związek« od przynależnego podatku rządowego. 4) Prezes zawiadamia, że rozesłana zostanie nowa lista regestracyjna do wszystkich członków i prosi o jej wypełnienie.

XXIX ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 17. (30) grudnia 1913 r.

Obecnych osób — członków 14, gości — 15 Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Ks. Prof. Stanisław Trzeciak: **Szerzenie się trądu w Rosyi europejskiej w świetle wypadków z ostatnich 3 miesięcy.** Na wstępie przytoczył prelegent szereg historycznych danych, z których wynika, że trąd był znany na 4000 lat przed Chrystusem. Obecnie w Rosyi według urzędowej statystyki jest około 1500 trędowatych, leprologowie zaś utrzymują, że w rzeczywistości liczba ta jest znacznie większa i przypuszczają, że około 12.000; z tej liczby zaledwie 875 przebywa w odpowiednich leprozoryach, reszta zaś pozostaje na wolności. Wśród chorych, nieumieszczonych w zakładach, są praczki, służące, piekarze, dorożkarze i t. d.; wobec blizkiego zetknięcia tych chorych ze zdrowymi, trąd się szerzy Prelegent przytacza 50 nowych przypadków trądu, zapisanych w ostatnich 3 miesiącach. Najwięcej trąd szerzy się w powiecie jamburskim, w gub. pskowskiej, witebskiej; nadto wzdłuż Wołgi, w Rostowie n. D., Baku, Noworosyjsku. W końcu prelegent wzywa gorąco do zorganizowanej walki z szerzeniem się tej strasznej choroby.

Wykładowi towarzyszyły pokazy świetlne.

Dyskusya: a) Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, w jaki sposób zebrał dane. — b) Prelegent: Z pism peryodycznych. — c) Doc. Sowiński zaznacza, że wobec tego, iż prelegent zebrał te dane z gazet, przeto trudno wysnuwać jakieś wnioski, albowiem często dzienniki przesadzają, i to, co dziś uważano za trąd, jutro może okazać się czemś innem. Weźmy n. p. jeden z przytoczonych przypadków, a mianowicie prelegent tylko co zaznaczył, że komisya poborowa uznała jeden przypadek za trąd. Jak wiadomo, w komisyach wojskowych takie przypadki kierują do szpitali wojskowych; chorych takich poddają badaniu klinicznemu i dopiero potem zwalniają od wojska. Otóż mowca zapytuje, czy nie wiadomo prelegentowi o losach tego chorego w dalszych instancyach? W innym przypadku, jak wspomina prelegent, kiedy chorego wieziono do leprozoryum, chory wyskoczył z pociągu i znikł. W innym jeszcze przypadku chory zwrócił się do lekarza w małem miasteczku, a ponieważ ten nie mógł określić, co to za choroba, poradził udać się do specyalisty; specyalista odrazu określił, że to trąd i poradził choremu dla pewności zwołać naradę; gdy jednak lekarze udali się na naradę, chory znikł. Otóż już te 3 przypadki odpadają i mogą być zaregestrowane powtórnie. W końcu mówca zapytuje, czy pozornego wzmagania się trądu w Rosyi nie możnaby przypisać udoskonalonej obecnie regestracyi? — d) Prelegent podziela wypowiedziane zdania, jednak podtrzymuje swe zdanie co do szerzenia się trądu w Rosyi. — e) Doc. Władyczko zapytuje prelegenta, czy były w praktyce przypadki syryngomyelii, albowiem w początkowych okresach rozpoznawanie różniczkowe tych dwóch schorzeń jest bardzo trudne. Znieczulenia i rozszczepienia czucia spotyka

się i w syryngomyelii i w trądzie. Prócz tego zapytuje mowca prelegenta, jak często spotykał przypadki podejrzane i gdzie częściej: w Rosyi, czy w Palestynie? — f) Prelegent: Rozpoznawanie trądu guzowatego jest łatwiejsze, aniżeli trądu znieczulającego; w Palestynie częstszy jest trąd guzowaty, a w Rosyi znieczulający. — g) Panna Janina Zaleska zapytuje, czy trąd przechodzi na zwierzęta? — h) Prelegent zaznacza, że podjęto obecnie odpowiednie badania (Kiedrowskij), ale wyników jeszcze nie otrzymano. Wiadomo jednak, iż w niektórych jeziorach na Syberyi spostrzegano trąd u ryb. Przypuszczają, że szczury i pasorzyty ludzkie naskórne roznoszą również chorobę. — i) Doc. Władyczko przeczy, aby morze lub rzeki sprzyjały rozwojowi choroby, albowiem Minch opisał szereg przypadków w bezwodnej środkowej Azyi. — k) Prelegent również zdanie to podziela, bo n. p. wśród Sartów, zamieszkujących daleko od morza i rzek, napotyka się osady trędowatych.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za odczyt.

II. Prof. Dr Stanisław Zaleski: Sprawozdanie delegacyi »Związku« na jubileusz »Nowin lekarskich«. Przedstawicielem »Związku« na jubileuszu był sam mowca, to też szczegółowo przedstawił słuchaczom obchód jubileuszu. »Nowiny lekarskie« święciły 25 lat swego istnienia wśród ciężkich warunków. Mowca odczytał przemówienie, wygłoszone na jubileuszu w Poznaniu, które brzmi następująco:

»Wielce zasłużona, czci najgodniejsza Redakcyo! W wielkiej, nieco mroźnej i nieco od potężnych ośrodków kultury zachodniej oddalonej stolicy Nadnewiańskiej, zwanej przez poetów »północną Palmirą«, istnieje skromna może, bo niedawno i śród bardzo ciężkich warunków powstała naukowa instytucya polska, która jednak już zdołała zespolić i zogniskować w sobie całą niemal inteligencyę rodzimą licznej, bo z górą czterdziestotysięcznej miejscowej kolonii polskiej, pracującą w zakresie wiedzy przyrodniczo-lekarskiej i technicznej. Jest to zaledwie sześć lat temu do życia powołany »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Dzięki genezie swego powstania i towarzyszącym temu okolicznościom jest on nader czuły, nie mniej, niż inne kulturalno-społeczne i naukowe instytucye polskie, nawet pełniejszą i pojemniejszą oddychające piersią, na wszelkie przejawy samodzielnego wytrysku myśli swojskiej. W Waszem święcie jubileuszowem widzimy właśnie taki wytrysk, który już wytrzymał hart dwudziestopięciolecia i jako taki na szczególne zasługuje upamiętnienie, tem więcej, że nawet w prakolebce jeszcze pogańskiej i w zaranie chrześcijaństwa przechodzącej Polski, jakim jest ten starożytny gród i przyległe mu obszary dawnej Wielkopolski, więcej może ciężko jest Wam działać, niż nam — na obcej glebie. Więc też z tem większem poczuciem zasług Waszych przybyliśmy tu, jako przedstawiciele »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, aby Wam, braciom naszym po wiedzy, dążeniach i ideałach, złożyć hołd wielkiego uznania i życzyć pismu, które Was zrzesza, a dziś jest młodzieńczym jubilatem, aby również skutecznie i coraz to pomyślniej rozwijało się dalej, zbierając zawsze sute plony w szeregu coraz to sędziwszych jubileuszów na chwałę wiedzy, na chlubę narodu i dla dobra ludzkości! Cześć i chwała »Nowinom lekarskim«.

W końcu mówca, scharakteryzowawszy głównych, a niestrudzonych działaczy »Nowin lekarskich«, wnosi zaliczenie w poczet członków honorowych »Związku«: Dr Heliodora Święcickiego, Dr Franciszka Chłapowskiego, Dr Ignacego Zielewicza, Dr Leona Szumana (z Torunia), Prof. Dr Bolesława Wicherkiewicza i redaktora obecnego »Nowin« Dr Stanisława Łazarewicza.

W dyskusyi ks. prof. Trzeciak opisuje ciężkie warunki pracy w Poznaniu, dodając, że to dla nas powinno być szkołą i że mogą temu podołać tylko natury silne, przodujące. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak ścisłe i wyczerpujące sprawozdanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes prof. Ziemacki po odczytaniu krótkiego życiorysu Dr Alfreda Sokołowskiego podaje do wiadomości, że Rada »Związku« wobec wielkich zasług jubilata, przedstawia dziś wniosek o zaliczenie Dr Sokołowskiego w poczet członków honorowych w myśl § 15. ustawy do ogólnego zatwierdzenia. Dr Alfred Sokołowski został przez jawne głosowanie jednomyślnie obrany członkiem honorowym »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić jubilata listownie. 2) Prezes podaje do wiadomości, że prof. Zaleski zwrócił 75 rsb. do zaliczenia na fundusz żelazny, które mu »Związek« wyznaczył na koszta podróży do Poznania na jubileusz »Nowin lekarskich« i składa mu podziękowanie. 3) Wydział przyrodniczy przedstawił do zatwierdzenia wybór sekretarza Wydziału. Przedstawiony p. Alfred Rundo, inżynier, został zatwierdzony przez ogólne zgromadzenie. 4) Członkiem rzeczywistym »Związku« został obrany jednomyślnie inż. górn. Michał Skarbka-Tłuchowski. 5) Uproszono Doc. Władyczkę, by wygłosił przemówienie na cześć Doc. Noiszewskiego z powodu jego 30-letniego jubileuszu, który Wydział lekarski »Związku« ma obchodzić w dniu 17 (30) stycznia 1914 r. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Ospa w Łodzi w r. 1913.

Zebrał i opracował

Dr St. Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego 21. I. 1914).

(Dokończenie).

Najświeższym dowodem traktowania spraw zdrowotnych przez nasze władze miejskie jest obcięcie kosztorysu urządzenia wydziału sanitarnego przy magistracie, opracowanego przez umyślnie w tym celu z polecenia gubernatora zwołaną komisyę. Kosztorys wynosił 40 tysięcy rubli, co dla tak zaniedbanego pod względem zdrowotnym miasta, jak Łódź, nie było zbyt wiele, tymczasem prezydent miasta Łodzi, pan Władysław Pieńkowski, orzekł, że starczy 4 tysiące rubli na ten cel. Nieco dawniej miejscowa Liga przeciwgruźlicza, utrzymywana z ofiarności publicznej, otrzymała odmowną odpowiedź na swe podanie o zapomogę miejską w kwocie 4 tysięcy rubli. Odmowę uzasadniono brakiem funduszów w mieście, nie obciążonem żadnym długiem, posiadającem natomiast przeszło pół miliona rubli funduszów zapasowych o zagadkowem przeznaczeniu.

Sprawa cała obraca się wciąż jeszcze około nieprzywróconej dotąd regestracyi przyczyn zgonów, o co tyle zabiegów czynimy bezskutecznie od lat dwu. Przypominam, że wbrew prawu od 1. I. 1910 w Łodzi niema regestracyi, choć obowiązuje ona wszystkie miasta w Królestwie.

Regestracyi zgonów nie mogą zastąpić rozesłane nam świeżo przez władze miejskie z polecenia inspektora lekarskiego t. zw. karty nozologiczne*), przeznaczone do zawiadamiania kierownika laboratoryum miejskiego o każdym przypadku choroby zakaźnej, który w praktyce spotkać nam się zdarzy.

Przypomnę, że w roku zeszłym Towarzystwo nasze uczyniło krok podobny: rozesłane nam obecnie karty są więc naśladownictwem. Wydrukowane przez nas karty były dwojakie — jedne, wykonane pismem czerwonem, przeznaczone były do zawiadamiania lekarzy obwodowych o przypadkach ospy, drugie, czarno drukowane, o innych chorobach zakaźnych. Przypomnę też, że z polecenia Towarzystwa naszego udało mi się wyjednać zgodę

*) Od kilku tygodni lekarze łódzcy nie mogą wysyłać zawiadomień, gdyż kart owych zabrakło w magistracie i niema komu zająć się wydrukowaniem nowych. (Dopisek w korekcie 13. IV. 1914).

poczty, by karty owe można było przesyłać za opłatą jednej kopiejki. Różnica między dawnemi i nowemi kartkami polega na języku, nasze były drukowane w języku polskim, obecne — po rosyjsku, na kosztach przesyłki, które nie mogły obciążać zbytnio nikogo z nas, wreszcie na formacie, nasze były mniejsze i dogodniejsze do noszenia przy sobie, gdy obecne ze względu na swą wielkość są niedogodne, a ze względu na mnóstwo szczegółów niekoniecznych, trudniejsze do wypełnienia.

Nasze karty dziś należą już do przeszłości. Nie uważaliśmy za potrzebne stosować się z własnej woli do wymagań ustawy lekarskiej, obecnie musimy to czynić pod groźbą odpowiedzialności.

Co stwierdziwszy, powiem słów parę o wartości nowych urzędowych kart.

Redagował je inspektor lekarski gubernii piotrkowskiej, tłoczyła drukarnia rządu gubernialnego piotrkowskiego. Nie wiemy, kto robił korektę, stwierdzić musimy braki w redakcyi, błędy w korekcie.

Choroby podzielono na trzy grupy bez żadnej określonej zasady. Pierwsza — obejmuje dur wysypkowy, brzuszny, powrotny, druga — ospę, ospę wietrzną, kur, odrę, krztusiec, płonicę, dławiec, błonicę, trzecia wreszcie czerwonkę, ostry nieżyt żołądka i jelit, wąglik, nagminne zapalenie ślinianek (świnkę), cholerę. Nazwy chorób wydrukowano po łacinie.

Zdawałoby się, że daleko praktyczniej dla nas, którzy mamy wypełniać owe kartki, byłoby ułożyć choroby w porządku alfabetycznym, ułatwiłoby to również pracę biura statystycznego, względnie kol. Bogusławskiego. W każdym jednak razie na liście owej nie powinno brakować gruźlicy płuc, zapalenia płuc, grypy, tężca, nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, gorączki połogowej, róży.

Sądzę, że są to tak poważne braki, iż dają nam one prawo zwrócić się o wydrukowanie nowych kart bez błędów ortograficznych, może uproszczonych co do szczegółów, a w każdym razie dopełnionych powyżej wymienionemi postaciami chorobowemi.

Po tych odstąpieniach od właściwego tematu, które jednak dość ściśle się z nim wiążą, przechodzę do omówienia śmiertelności w Łodzi w r. 1913.

Naogół biorąc, jest ona niższa od śmiertelności z lat poprzednich: w r. 1911 zmarło 13.681 osób, w 1912 — 12.814, w roku 1913 — 11.980.

Na zmniejszenie się śmiertelności wpłynął brak jakiejś poważniejszej epidemii, gdy bowiem w r. 1911 ospa zabrała 1308 ofiar, w 1912 ospa 587, a czerwonka bardzo dużo — ile, niewiadomo —, w roku 1913 dopiero ku jesieni poczęła się szerzyć płonica, zresztą mniej złośliwa, niż innych lat, czerwonka, panująca podczas lata, także nie sprawiła wielkich spustoszeń, a natężenie ospy również dopiero jesienią wzmagać się zaczęło.

Ludność, zamieszkująca miasto nasze, na ogólną cyfrę zgonów składała się w sposób następujący:

	lata 1911	1912	1913
katolicy	8907	8075	7413
żydzi	2913	2952	2817
ewangielicy	1696	1635	1588
prawosławni	165	152	162

Przytoczę jeszcze zestawienie liczby zgonów z ostatnich lat dwu dla trzech głównych grup narodowościowych, czy raczej wyznaniowych z podziałem według wieku.

Zmarło	W roku 1912		W roku 1913	
	powyżej lat 14	poniżej lat 14	powyżej lat 14	poniżej lat 14
katolików	2741	5334	2638	4775
żydów	977	1975	863	1954
ewangielików	774	861	708	880
Ogółem	4492	8170	4209	7709
W odsetkach ogólnej liczby zgonów tych trzech grup	37·49	62·51	35.13	64·80

Jak widzimy, w r. 1913 śmiertelność dorosłych uległa zmniejszeniu się, wzrosła śmiertelność dzieci.

Dwuletnie zaledwie owe zestawienia w połączeniu z brakiem danych co do składu ludności Łodzi pod względem wieku nie dają nam podstaw do snucia jakichkolwiek wniosków, zapisujemy je tylko, jak zapisujemy również spostrzeżenie, w kancelaryach parafialnych dokonane, według którego w roku 1913 zmalała nietylko śmiertelność, ale uległy również zmniejszeniu się liczba urodzeń oraz ślubów. Niezmiernie ciekawy fakt zmniejszenia się liczby urodzeń możnaby sobie tłómaczyć zwiększoną ilością poronień sztucznych, praktykowanych w Łodzi na szeroką skalę, a zmniejszenie liczby ślubów może biedą zeszłoroczną, a może wzrostem liczby związków nieślubnych, co zresztą jest mało prawdopodobne, wobec znacznego zwiększenia się liczby ślubów po nowym roku 1914.

Przechodzę do śmiertelności wskutek ospy i stwierdzam z zadowoleniem, że maleje ona corocznie. Z 1308 zgonów ospowych w r. 1907, roku epidemii, spadła na 587 w r. 1912, a na 210 w r. ubiegłym. Zniżka jest pokaźna, wolno wątpić, czy będzie stała. Lubo gdzieindziej wszczętoby gwałt, gdyby tyle wynosiła rocznie śmiertelność ospowa w państwie całem, my i z tego cieszyć się jesteśmy gotowi, a znajdą się może ludzie, którzy sobie będą przypisywać jakieś zasługi, gdy sprawa cała zależy zapewne od tego, że jesteśmy w okresie osłabienia zarazka, który to okres, wynoszący od kilku miesięcy do kilku lat, lada chwila skończyć się może.

Z pośród katolików (262.539) ospa zabrała 181 osób,
z pośród ewangielików (67.912) — 18 osób,
z pośród żydów (166.028) — 7 osób,
z pośród prawosławnych (6.033) — 4 osoby.

Według wieku umarło na ospę:

	do lat 14	powyżej lat 14
katolików	172	9
ewangielików	17	1
żydów	5	2
prawosławnych	4	0
	198	12

Według płci: męskiej — 103 osoby, żeńskiej — 107.

Liczba ogólna zgonów i liczba zgonów ospowych dzieli się według miesięcy w sposób następujący:

	zmarło ogółem	zmarło na ospę	leczyło się w szpitalu dla zakaźnych	zmarło w szpitalu chorych na ospę	odkażań po ospie dokonano
w styczniu	927	21	22 *)	4	3
» lutym	709	12	5	—	—
» marcu	832	13	9	—	3
» kwietniu	756	7	2	—	2
» maju	772	8	7	2	1
» czerwcu	1104	23	6	1	2
» lipcu	1174	13	3	—	3
» sierpniu	1301	13	4	2	2
» wrześniu	1248	16	7	1	3
» październ.	1147	26	17	3	4
» listopadzie	1004	27	9	1	1
» grudniu	1006	31	10	3	4
Ogółem	11980	210	101	17	28

Widzimy, że miesiące wiosenne i letnie dają, wogóle biorąc, mniejszą ilość zgonów ospowych, względnie zachorowań, choć co do tego twierdzenia brak nam poważniejszych podstaw cyfrowych ze stosunków łódzkich, natomiast

*) Jedenastu chorych pozostało z r. 1912. Dane co do ruchu chorych ospowych w szpitalu dla zakaźnych uzyskałem od kol. Trenknera, co do ilości odkażań od kol. Bogusławskiego.

możemy się powołać na powagę Dra Kelscha, który pisze: »Sans doute, elle (la variole) est de toutes les saisons comme elle est de tous les âges, car aucun obstacle n'arrête la contagion. Mais partout les recrudescences coïncident avec les mois froids de l'année«. Przytoczywszy dane, zaczerpnięte z dzieł Rhazesa (Arabia), Prunera (Egipt), Riglera (Konstantynopol), Rendu (Brazylia), Morache i Lagarde (Chiny), oraz z dzieł lekarzy angielskich co do Indyi, autor pisze dalej: »Dans nos climats tempérés, la variole affecte très nettement les allures d'une maladie hivernale. A l'époque où elle regnait encore dans l'armée, les salles qui lui étaient réservées restaient toujours fermées en été; sur un tracé que nous avous sous les yeux et qui représente son evolutions en France et en Algérie pendant une période de 8 ans, nons voyous constamment les recrudescences annuelles se produire pendant la saison froide. Sur 99 épidémies réunis par Hirsch, et ayant en pour théâtre l'Europe et le nord de l'Amérique, 67 ont eu leur apogée dans la saison froide et 32 seulement en été«.

Ospa wybierała w Łodzi swe ofiary przeważnie z pośród dzieci, rzecz naturalna nieszczepionych. Jest to fakt, na który musimy położyć największy nacisk, świadczy on bowiem o niedbalstwie czy raczej braku uświadomienia ludności co do skuteczności szczepienia ospy, oraz o lekceważeniu swych obowiązków ze strony władz miejskich, które widząc od lat szeregu te wymowne cyfry zgonów ospowych, o których świadczą choćby cyfry, zebrane przez kol. Trenknera o liczbie chorych na ospę leczonych w szpitalu dla zakaźnych od roku 1908, poprzedzonym przez epidemię ospową w r. 1907, nie uczyniły dotąd **n i c**, aby szerzeniu się ospy przeciwdziałać.

Lata	Leczono chorych na ospę w szpitalu dla zakaźnych	Odsetek śmiertelności chorych ospowych leczony w szpitalu dla zakaźnych wynosił
1907	epidemia ospy	
1908	207	17%
1909	108	19%
1910	154	17%
1911	341	20%
1912	146	20%
1913	101	17%

Władze te pozwoliły, by rokrocznie marli setkami, a nawet dziesiątkami setek mieszkańcy miasta, dlatego tylko, że władze nie umiały, czy też nie chciały przystosować się do udzielonych im przez Towarzystwo nasze rad i wskazówek, zwalczenie ospy na celu mających.

Toż przecież dotąd nie odniosły skutku postulaty nasze z roku 1912, które tu pozwolę sobie przypomnieć w krótkości.

1) Przestrzeganie przepisu o szczepieniu ospy noworodkom z 4. IX. 1811.

2) Urządzenie stacyi miejskich szczepienia ospy.

3) Szeroka propaganda potrzeby szczepienia zapomocą odezw, ogłoszeń, ambony, katedry.

4) Zarządzenie szczepień w fabrykach z polecenia inspekcyi fabrycznej.

5) Nadzór nad przedmieściami ze strony zarządu miejskiego.

6) Szczepienie ospy rodzinom stróżów i służbie domowej.

7) Przymusowe szczepienie mieszkańców domu, gdzie się zdarzył przypadek ospy.

8) Zwiększenie liczby łóżek dla ospowych w szpitalu dla zakaźnych.

9) Przymusowe bezpłatne odkażanie mieszkań po ospie.

10) Zwiększenie liczby łóżek dla ospowych w projektowanym szpitalu dla zakaźnych.

11) Urządzenie domu izolacyjnego.

12) Nakazanie gospodarzom i rządcom, by zawiadamiali policyę o każdym przypadku ospy.

13) Zawiadamianie lekarzy miejskich o chorobach zakaźnych przez lekarzy.

14) Przywrócenie regestracyi zgonów.

15) Założenie instytutu szczepienia ospy w Łodzi.

16) Utworzenie stanowisk lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych miejskich.

17) Utworzenie stanowisk lekarzy sanitarnych.

18) Szczepienie ospy dzieciom wysyłanym na kolonie letnie.

19) Rozesłanie odezw do kierowników szkół, by wymagali świadectw o dokonanej rewakcynacyi.

O zadziwiającem niebalstwie ze strony władz miejskich świadczy nikła ilość szczepień ochronnych, wykonanych w roku 1913, obok braku jakichkolwiek usiłowań, mających na celu powiększenie ich liczby. W roku 1912 dokonano przeszło 20 tysięcy szczepień, w roku 1913 ilość ich dosięgła zaledwie połowy tej liczby.

Obwody (cyrkuły) policyjne po dawnemu są miejscem dokonywania szczepień, jakkolwiek każdemu rzuca się w oczy cała niewłaściwość dokonywania jakiegokolwiek zabiegu w lokalu, przez który w ciągu dnia przewijają się setki interesantów, obok zrozumiałej dla każdego, prócz zarządu miejskiego, konieczności urządzenia szeregu stacyi miejskich szczepienia ospy w jaknajwiększej liczbie, rozrzuconych po mieście, o których użyteczności przekonał się lub dał się snać przekonać magistrat stolicy kraju, skoro, jak to czytamy w pismach warszawskich z 12. XII. 1913, »oprócz istniejących stacyi miejskich do szczepienia ospy, magistrat m. Warszawy uchwalił otworzyć na wiosnę roku przyszłego dwie stacye podmiejskie: w Mokotowie oraz na Czystem przy szpitalu starozakonnych. Uchwalono również prowadzić w dalszym ciągu regestracyę szczepienia ospy dzieciom«.

U nas w Łodzi magistrat zdobył się jedynie na to, by przy założonem w lipcu roku 1913 ambulatoryum miejskiem na Bałutach, w punkcie bardzo dobrze wybranym, szczepiono ospę, jest to jednak bezwzględnie zbyt mało, wobec tego, że Bałuty (par. katolicka N. Maryi Panny) są głównem ogniskiem szerzenia się zarazy ospowej oddawna i stale. Dowodzą tego niezbicie cyfry. Śmiertelność wskutek ospy dała na Bałutach w r. 1911 — 570 zgonów, czyli 49,74%, ogółem bowiem było 1146 zgonów ospowych wśród katolików w Łodzi. W roku 1912 z 491 zgonów— na Bałuty przypada 129 czyli 26,29%, wreszcie w roku 1913 ospa zabiera na Bałutach 100 ofiar z pośród 181 zmarłych na ospę katolików, co daje w odsetkach 55.25%. W obliczeniu tem uwzględniłem tylko katolików. gdy jednak przeglądam adresy zmarłych na ospę w roku 1913 osób wyznania ewangielickiego i mojżeszowego, przekonywam się, że doliczyć trzeba 5 ewangielików i 3 żydów z pośród mieszkańców Bałut zmarłych na ospę. Innymi słowy przeszło połowa zgonów ospowych przypada na Bałuty, będące, wogóle biorąc, źródłem wszelkich chorób zakaźnych dla Łodzi całej.

W szpitalu dla zakaźnych, **j e d y n y m s z p i t a l u m i e j s k i m** w Łodzi, leczono w r. 1913 — 101 chorych na ospę, jak mi łaskawie doniósł kol. Trenkner. W liczbie tej było 26 mężczyzn, 34 kobiet, 41 dzieci, a według wyznań — katolików 66, ewangielików 8, żydów 27. Mężczyzn umarło 5 — odsetek śmiertelności 19,23%, kobiet umarło 7 — odsetek śmiertelności 11,76%, dzieci umarło 8 — odsetek śmiertelności sięgnął 19,51%.

Na podstawie powyższych danych możemy wyliczyć, że liczba zapadnięć na ospę w r. 1913 wyniosła wśród dzieci 1015 (zgonów było 197), wśród mężczyzn 26 (zgonów było 5), wśród kobiet 60 (zgonów było 7), ogółem około 1100 zachorowań.

Gdyby każdy przypadek choroby zakaźnej, a w szczególności ospy, był należycie stwierdzony, gdyby mieszkanie każdego chorego na ospę było odkażone, izba odkażająca musiałaby być czynna w roku ubiegłym przeszło 1000 razy przy ospie, tymczasem dokonano w przypadkach ospy 28 (dwadzieścia osiem) odkażań, które niepodzielnie przypadają na rzecz Izby odkażającej miejskiej, w obrębie bowiem

Widzewa nie było ani jednego przypadku ospy dzięki gromadnym szczepieniom, dokonanym w r. 1912 w liczbie przeszło trzech tysięcy, wobec czego służba zdrowia tamtejszych zakładów przemysłowych nie dokonała po ospie ani jednego odkażania.

Dodatni wynik szczepień w Widzewie potwierdza po raz niewiadomo który skuteczność szczepień w walce z ospą, nastręcza się więc pytanie, jak z broni tej korzystano w Łodzi.

Ze smutkiem stwierdzić należy, że całkiem nieodpowiednio do tej skuteczności.

W ambulatoryum miejskiem na Bałutach, ulokowanem w ognisku zarazy, które zresztą zaczęło być czynne dopiero I. VII. 1913, zaszczepiono ospę (informacya otrzymana od kol. Sznitkinda) . . . . 359 osobom

Z polecenia Urzędu wójta gminy Radogoszcz na terytoryum Bałut zaszczepiono ospę	1800	»
W kancelaryi I. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	2344	»
W kancelaryi II. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	768	»
W kancelaryi III. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	928	»
W kancelaryi IV. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	1179	»
W kancelaryi V. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	882	»
W kancelaryi VI. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	1156	»
Ogółem dokonano zaledwie . . .	9416	szczepień,

że tak powiem, urzędowych.

W ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich dokonano (zakomunikowane przez kol. Rosenthala)	68	szczepień
W ambulatoryum przy szpitalu Anny Maryi dla dzieci (kol. Mogilnicki).	460	»
W ambulatoryum bezpłatnem przy Chrześcijańskiem Tow. dobroczynności (zawiadomienie nadesłane przez kol. Kolińskiego)	204	»
W ambulatoryach zakładów przemysłowych Manufaktury bawełnianej widzewskiej, dawniej Heinzel i Kunitzer	636	»
Dzieciom, wysyłanym na kolonie letnie żydowskie (zawiadomienie otrzymane od kol. Maszlanki) zaszczepiono ospę .	341	»
Ogółem	1709	szczepień

W sumie otrzymujemy 11125 szczepień, wykonanych w roku ubiegłym, gdy, jakeśmy to zaznaczyli w zeszłorocznem sprawozdaniu, dopiero jakaś $^1/_4$ miliona szczepień, w jednym roku w Łodzi dokonana, mogłaby wyplenić ospę w Łodzi na czas pewien, pod warunkiem corocznego dokonywania możliwie licznych szczepień po raz pierwszy niemowlętom i ponawiania ich dzieciom starszym.

Dodać należy, że nikt nie wie, ile z owych 11 tysięcy szczepień dało wynik dodatni, nikt wyniku owego nie sprawdzał, jakkolwiek przypadły one w udziale przeważnie dzieciom, których corocznie na świat przychodzi w mieście naszem przeszło 30 tysięcy.

Wśród dzieci żydowskich, wysyłanych na kolonie, były takie, którym zaszczepiono ospę po raz piąty z wynikiem dodatnim. Wogóle biorąc, otrzymano 35 % wyników dodatnich wśród owych dzieci. Cóżby było, gdybyśmy tak spróbowali dokonać szczepień gromadnych wśród ogółu dorosłych mieszkańców Łodzi. Za $^1/_3$ wyników dodatnich ręczyć prawie można.

Z pośród 210 zmarłych na ospę było 198 dzieci.

Według płci: 103-płci męskiej, 107 żeńskiej. O wieku zmarłych na ospę pozwala sądzić niniejsza tablica.

płci męskiej	wiek dzieci do miesięcy	płci żeńskiej
—	1	4
1	2	1
1	3	2
1	4	2
3	5	2
4	6	4
1	7	1
3	8	7
9	9	1
1	10	—
2	11	6
9	12	14
	do lat	
27	2	21
12	3	13
9	4	7
5	5	4
4	6	2
1	7	4
2	8	1
—	9	3
1	11	—
2	13	—
—	14	1
1	16	1
1	17	—
—	18	1
1	19	—
1	20	—
1	21	—
—	23	1
—	24	1
—	27	1
—	45	1

Jak widzimy, najwięcej zgonów ospowych przypada na dziatwę do lat 8—9, powyżej tego wieku stwierdzić możemy już tylko pojedyncze przypadki aż do lat 45 włącznie, najbardziej jednak straszna ta choroba znęcała się nad niemowlętami do roku lub nieco wyżej, które, rzecz naturalna, nie miały szczepionej ospy.

Dzieci w okresie lat 7—10 muszą mieć przed wstąpieniem do szkoły zaszczepioną ospę, dzięki czemu śmiertelność wśród nich maleje.

Godną uwagi jest następująca tabliczka, odzwierciedlająca, z pośród jakich grup społecznych ospa zabiera swe ofiary.

Na ospę umarło:

Dzieci robotników	131
» tkaczy	16
» stróżów domowych	4
» woźniców	3
» mularzy	7
» wyrobnika	1
» policyantów	2
» blacharza	1
» koszykarza	1
» inkasenta	1
» rządcy domu	1
» ślusarzy	3
» stolarzy	4
» pończosznika	1
» sługi	1
» zduna	1
» szewców	2
» malarza	1
» majstra	1
» handlujących	3
» nieprawych	5
Żona tkacza	1
Rzeźnik	1
Służąca	1
Robotników	2
Robotnice	2

Jeszcze raz stwierdzić należy konieczność udostępnienia i spopularyzowania potrzeby szczepienia ospy wśród

szerokich gromad ludności naszego miasta zapomocą wszelkich dostępnych środków, więc nawoływań z ambony, drogą odezw, doręczanych w parafiach rodzicom przy chrzcie, lub nawet drogą brania, wzorem Warszawy, od ojca deklaracyi, że w pewnym terminie dostarczy dziecię na stacyę szczepienia ospy, dalej zapomocą nawoływań i artykułów w pismach miejscowych, odezw rozdawanych w ambulatoryach szpitalnych, fabrycznych i dobroczynnych, drogą odczytów popularnych, wreszcie za pośrednictwem położnych, którym należałoby przedstawić w odezwie, do każdej z nich skierowanej, całą ważność szczepienia, by ona ze swej strony przekonać mogła rodziców o potrzebie i znaczeniu tego zabiegu *).

Do czasu należałoby czynić ustępstwo i natężyć całą energię, by dokonać jak najwięcej szczepień w maju, szerokie bowiem gromady ludności Królestwa polskiego, zarówno po wsiach, jak po miastach, największą ufność żywią do szczepień ospowych, dokonanych w maju.

O skuteczności szczepień w walce z ospą najbardziej przekonujący argument, to stałe zmniejszanie się śmiertelności wskutek ospy wśród żydów i ewangielików w Łodzi, a powolny spadek wśród katolików.

Pierwsi i drudzy posiłkują się tym środkiem w bardzo dużym stopniu, gdy katolicy stosunkowo mało.

Długa jest lista ulic Łodzi i przedmieść, na których zdarzyły się przypadki ospy w roku zeszłym, obejmuje ona bowiem aż 93 nazw. Na liście tej nie spotykamy wcale ulic, leżących w śródmieściu i zamieszkanych przez ludność zamożniejszą, która ucieka się do szczepień ochronnych, by zabezpieczyć przed ospą siebie i swoich, kresowe natomiast dzielnice, zamieszkane przez klasę pracującą, przez ludność uboższą, figurują na owej liście po razy kilka lub nawet kilkanaście: ul. Marysińska, Brzezińska, Zgierska — po razy 6, Krucza 5, Łagiewnicka 10, Jasna 4, Jakóba 3, Częstochowska 9, Rokicińska 13, z czego jedenaście zgonów zdarzyło się w jednym i tym samym domu, a trzy w tejsamej rodzinie.

Trafiają się zgony ospowe w tym samym domu, idące całemi seryami: umiera rodzeństwo, mrą dzieci sąsiadów; trafiają się zgony w domach o numerach kolejnych, co przekonywa o przenoszeniu się zarazy i, co gorsza, o niedokonywaniu odkażania, o czem świadczy istna epidemia w posiadłości, opatrzonej aż trzema numerami 5, 7, 9 przy ulicy Rokicińskiej, obok szpitala Anny Maryi dla dzieci. Jest to olbrzymia posiadłość o wielu domach murowanych i drewnianych, zamieszkana przez 3—4 tysięcy osób, która, nawiasem mówiąc, zasługiwałaby na gruntowne i szczegółowe zbadanie przez komisyę sanitarną miejską. Dowiaduję się od kol. Łuczyckiego, że badanie takie rozpoczęło się 27. I. 1914, pobudką była nasza praca.

D. 16. września umiera w jednem z mieszkań w tej posiadłości dziecko, mające lat 5 miesięcy 7, 19. października umiera w innem mieszkaniu 16-miesięczne dziecko, 24. X umierają dzieci 5-miesięczne i 8 letnie, tych samych co pierwsze rodziców, oraz 8-miesięczne sąsiadów, 25. X — dwuletnie dziecko innych sąsiadów, 27. X — 16-miesięczne dziecko innych jeszcze rodziców, 31. X — siedmioletnie dziecko znów w innem mieszkaniu, poczem nastaje przerwa do 12. XI, kiedy umiera dwoje dzieci o innych od poprzednich nazwiskach, siedmioletnie i 21-miesięczne, 15. XI — umiera znów 5-letnie dziecko, wreszcie 20. XI jeszcze jedno $1^1/_2$-roczne. W ciągu więc miesiąca w obrębie tej samej posiadłości umarło 11 dzieci w wieku od 5 miesięcy do 8 lat, a myśmy o tem bodaj nie wiedzieli, bardzo jest też rzeczą wątpliwą, czy choć jedno z 5 (!) odkażeń, wykonanych przez Izbę odkażającą miejską w ciągu października i listopada roku zeszłego, przypadło na tę zakażoną posiadłość. O poddaniu szczepieniu ochronnemu wszystkich mieszkańców owej posiadłości pewnie nikt nie pomyślał, choć jest to środek, zalecony przez wszystkie powagi, że wymienię tylko Dr Kelscha, dyrektora Instytutu szczepienia ospy w Paryżu.

*) Odezwy do położnych zostały już rozesłane.

Jeszcze jedna uwaga co do odkażania mieszkań.

Ludność mniej oświecona boi się odkażania, jest bowiem przekonana, że pod jego wpływem rzeczy ulegają zniszczeniu. Mylny ten pogląd należałoby tępić i przeciwnie przekonywać każdego o dobroczynnych skutkach odkażania. Jednocześnie też należy stwierdzić nie po raz pierwszy, a oby po raz ostatni, że niepodobna doprowadzić do tego, by odkażanie dawało wyniki pożądane, póki w mieście, liczącem $^1/_2$ miliona, w znacznej części ubogiej ludności, nie staną domy izolacyjne dla rodzin chorych dotkniętych jakąś chorobą zakaźną. Rodzina chorego musi znaleść przytułek w takim domu izolacyjnym bądź na kilka godzin, potrzebnych do odkażania mieszkania autanem, bądź na całą dobę przy stosowaniu zwykłego odkażania formalinowego, ale przytułek taki stanąć wreszcie musi, gdyż obecnie idzie się do sąsiada, zabrawszy ze sobą co tylko można z zakażonego mieszkania, i przenosi się w ten sposób zarazę. Domy ilozacyjne, jak to stwierdzili inni koledzy, a przedewszystkiem i najwymowniej kierownik laboratoryum miejskiego w Łodzi, kol. Bogusławski, to zasadnicza potrzeba naszego miasta, bez uczynienia której zadość ciężko będzie zrobić choćby krok jeden w walce z chorobami zakaźnemi.

Sądzę też, iż należałoby przypomnieć odnośnym organom, że ustawa lekarska z ogólnej zasady chowania zwłok po upływie dni trzech czyniąc wyjątek dla wszystkich wypadków chorób zakaźnych, pozwala na grzebanie możliwie szybkie. Wobec nieistnienia u nas domów przedpogrzebowych na cmentarzach, oraz faktu, stwierdzonego nietylko na gruncie łódzkim, że wszystkie choroby zakaźne najbardziej szerzą się wśród klas niezamożnych, gdzie zwłoki z konieczności rzeczy leżą w tej samej izbie, w której śpią i jedzą zdrowi, oraz wobec odwiedzania zwłok zarówno przez dorosłych, jak przez dzieci, grzebanie jaknajszybsze zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne powinno być zalecane, a nawet wprost nakazywane.

Pragnąc, by znaczna liczba postulatów nie zraziła do uchwał naszych władz, tych czy innych, proponuję, byśmy wszelkimi dostępnymi dla nas środkami żądali i walczyli o przywrócenie regestracyi przyczyn zgonów, nieprawnie zniesionej w Łodzi w r. 1909, o utworzenie stacyi szczepienia krowianki w jaknajwiększej liczbie poza obrębem cyrkułów, o wzniesienie domów izolacyjnych, o przyspieszenie budowy szpitala miejskiego dla chorych zakaźnych, oraz byśmy sprawę całą popierali gorąco w kołach naszych pacyentów, wreszcie, by Towarzystwo nasze opracowało i ro-

zesłało odezwę o znaczeniu szczepienia ospy do wszystkich położnych w Łodzi.

List do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Dr Stanisław Droba zginął zaszczytną śmiercią, jako ofiara swego zawodu.

Doc. Dr Roman Nitsch pięknie się wyraził we wspomnieniu pośmiertnem o ś. p. Drobie, że był to człowiek, który spełnił swój obowiązek. Jest to największa pochwała, na jaką sobie zasłużyć możemy.

S. p. Droba pozostawia po sobie szczery żal, lecz zarazem i wdzięczne wspomnienie za ofiarne spełnienie obowiązków lekarza. Sądzę, że powinniśmy dać jakiś trwały znak, choćby bardzo skromny, tej naszej wdzięczności dla Jego pamięci.

Może koledzy uznają, że należałoby ze składek położyć kamień lub wmurować tablicę w kościele św. Anny lub św. Łazarza ze stosownym napisem ku pamięci ś. p. Stanisława Droby.

W tej nadziei składam na ręce Szanownej Redakcyi 25 koron.

Kraków 19. IV. 1914. W.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 22. IV. 1914 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki, Dr Bujak, Dadej, Prof. Lewkowicz i Ciechanowski przedstawiali chorych i preparaty, poczem doc. Dr Nitsch miał wykład o nosaciznie. W dyskusyach przemawiali prof. Barącz ze Lwowa, Ciechanowski, Krzyształowicz, Lewkowicz, Reiss, Dr Buzdygan, prym. Borzęcki, Dr Mayer i Rogalski.

W najbliższą środę, 29. IV. 1914, posiedzenie Towarzystwa nie odbędzie się z powodu Zjazdu balneologów polskich.

— Zawodowe (egzaminowane) dozorczynie chorych, wykształcone w krakowskiej »Szkole zawodowych pielęgniarek«, angażować można przez biuro pośrednictwa, założone w tym celu przy Szkole (ul. św. Filipa l. 15, telef. 3367).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Władysław Niwiński z Warszawy.

— Biblioteka Tow. lek. krakowskiego otrzymała już bibliotekę, pozostawioną testamentem przez ś. p. Dr Kalisza z Tarnowa, a złożoną ze 120 tomów. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Z »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Donosząc Szanownej Redakcyi, iż czasopismo »Nasze Zdroje« przestało z przyczyn od Zarządu Związku zdrojowisk niezależnych być organem Związku, mamy zaszczyt równocześnie zawiadomić, iż oficyalnym organem Kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk jest obecnie czasopismo, które pod tytułem »Zdrojownictwo i turystyka« ukazywać się będzie nadal w sposób analogiczny, jak dotąd wychodziły »Nasze Zdroje«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. IV. do 18. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 6 † 1), krztuśca 4 † 2 (— † —), ospy wietrznej 3, płonicy 20 † 4 (4 † 2), odry 3 † 1, duru brzusznego 2 † — (— † —), róży 3 † — (— † —), zapalenia opon mózgowych — (1), wąglika — (— † 1), nosacizny — † 1 (— † 1).

Dr Janiszewski.

Lublin. Z powodu 40-lecia założenia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego odbędzie się uroczyste jego posiedzenie 30 maja b. r., w przeddzień II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. IV. do 20. IV. 1914 przypadków: ospy 4 † 2, płonicy 3 † 1, róży — † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr D. Zajkowski w Wilnie w 46 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.